



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE
HUMANA



Intervenção Psicomotora em Saúde Mental **Casa de Saúde de São João de Deus - Funchal**

Relatório elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em Reabilitação
Psicomotora

Orientadora académica: Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Orientadora Local: Doutora Orlanda Correia de Olim

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais:

Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Mestre Janete Filipa Santas Noites Maximiano

Francisco Osório Ferreira de Nóbrega
2016

“O segredo da saúde mental e corporal está em não se lamentar pelo passado, não se preocupar com o futuro, nem se adiantar aos problemas, mas viver sabiamente e seriamente o presente.”

Buda

Agradecimentos

Agradeço a todos que direta, ou indiretamente contribuíram, para que conseguisse atingir os meus objetivos e realizar esta etapa da minha formação acadêmica.

À Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo e à Doutora Orlanda Olim, expresso o meu agradecimento pelas orientações e apoio ao longo do estágio, que em muito elevaram os meus conhecimentos.

A todas as pessoas que contribuíram permitindo que fosse possível a minha aprendizagem, um muito obrigado.

À minha família um enorme obrigado por acreditarem sempre em mim e por todos os ensinamentos de vida.

O meu muito obrigado, ainda, à Casa de Saúde São João de Deus por me acolher nesta etapa e fornecer ferramentas que possibilitaram o desenvolvimento de conhecimento e ganho de competências.

Muito Obrigado!

Resumo

No âmbito do 2º Ciclo de Reabilitação Psicomotora realizou-se o aprofundamento de competências profissionais, na área da saúde mental. O estágio teve lugar na Casa de Saúde de São João de Deus – no Funchal, instituição particular de solidariedade social.

A Reabilitação Psicomotora é transdisciplinar com aplicações em diversas áreas, incidindo a aplicação prática em indivíduos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais, e em indivíduos com Alcoolismo, respetivamente, numa Unidade de Evolução Prolongada, e no Centro de Reabilitação Alcoólica.

A intervenção realizada será ilustrada mediante a descrição de estudos de caso (N=4). O objetivo da intervenção centrou-se na promoção de um funcionamento independente, sendo as atividades centradas na promoção de regras e normas, manutenção de atividades de vida diária, promoção de relações interpessoais e manutenção de capacidades sensoriomotoras e a promoção da qualidade de vida junto de um grupo de indivíduos com Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais. Por sua vez, no Centro de Reabilitação Alcoólica (N=10), os objetivos da intervenção foram a tomada de consciência do problema, responsabilização e promoção de hábitos associados a um estilo de vida saudável. A avaliação inclui instrumentos de medida do funcionamento adaptativo (ECAP) e da qualidade de vida (EPR) e a bateria psicomotora (BPM), na unidade de evolução prolongada, e SF-36, e URICA no centro de recuperação de alcoologia, aplicados em dois momentos (inicial e final). Mediante os resultados obtidos a intervenção, que envolveu um conjunto de atividades de mediação corporal, teve um impacto positivo observando-se algumas melhorias no funcionamento adaptativo, qualidade de vida e competências psicomotoras.

Palavras-chave: Casa de Saúde São João de Deus, Saúde Mental, Intervenção Psicomotora, Alcoologia, Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental.

Abstrat

Under the master's degree on Psychomotor Rehabilitation aimed at developing professional skills in the field of mental health, this document will describe the internship that took place at Casa de Saúde de São João de Deus - in Funchal, a private institution of social solidarity.

Psychomotor Rehabilitation is a transdisciplinary field with applications in several areas, based in body mediated interventions. Two main focus areas at this report will be the psychomotor intervention aimed at supporting individuals with Intellectual and developmental disabilities as well as individuals attending a 4 week recovery program alcoholic dependence. This intervention took place at the Alcohol Rehabilitation Centre (N=10), aiming at contributing to problem awareness, accountability, healthy lifestyle behavior change, quality of life improvement. The assesement used in this intervention group were, SF-36 and URICA. A second focus of our intervention took place at an extended support unit. Individual interventions (N=4) aimed at developing autonomy, acquisition of rules and norms, maintenance on activities of daily living, interpersonal relationships and sensory motor skills. The assessment included adaptive functioning, quality of life, and psychomotor domains.

The impact of Psychomotor Rehabilitation in this institution showed relative improvements in psychomotor domains and in their adaptive functioning.

Keywords: Casa de Saúde São João de Deus, Mental Health, Psychomotor Intervention, Alcoholism, Intellectual and Developmental Disability.

Índice

Resumo	iv
Abstrat	v
Introdução.....	1
Parte 1 – Enquadramento da prática profissional.....	3
1. Caracterização e contextualização das Dificuldades Intelectuais e Desenvolvidas (DID)	3
2. Qualidade de vida	8
3. Alcoolismo	10
4. Psicomotricidade.....	16
4.1. Intervenção psicomotora nas DID	20
4.2. Intervenção Psicomotora em Alcoologia	21
5. Casa de Saúde São João de Deus	24
Parte 2 – Realização da Prática profissional.....	30
1. Metodologia	30
2. Instrumentos de avaliação	31
2.1 Escala de Comportamento Adaptativo (ECA) – versão portuguesa (Santos & Morato, 2004)	31
2.1.1. Domínios da ECA.....	32
2.2 Escala Pessoal de Resultados (EPR) (Simões & Santos, 2012)	35
2.3 Bateria Psicomotora.....	36
2.4 University of Rhode Island Change Assessment (URICA).....	37
2.5 SF-36.....	39
3. Calendário de atividades desenvolvidas ao longo do estágio	40
4. Intervenção do Psicomotricista na Casa de Saúde São João de Deus	42
4.1 Intervenção na Unidade de São Lucas (Internamento Prolongado)	43
4.1.1. Atividades desenvolvidas na Unidade de São Lucas	47
4.1.2. Análise dos resultados da aplicação da ECA	50
4.1.3 Resultados da aplicação da EPR.....	70
4.1.4. Resultados da aplicação da BPM.....	75
4.1.5 Análise SWOT da Unidade de Evolução Prolongada	78
4.2 Intervenção no Centro de Reabilitação de Alcoologia (CRA)	81
4.2.1 Aplicação da escala URICA	84
4.2.3. Resultados da escala SF-36	88
4.2.4. Análise SWOT do Centro de Reabilitação de Alcoologia	91
Conclusão.....	93
Referências Bibliográficas.....	95
ANEXOS.....	100

ANEXO 1	101
ANEXO 2	103
ANEXO 3	106
ANEXO 4	134
ANEXO 5	154

Índice de tabelas

Tabela 1 - Prevalência anual de perturbações psiquiátricas e gravidade (%) (Almeida & Xavier, 2013, p.27).....	12
Tabela 2- Linhas de atuação de Psicomotricidade (SRE, 2013).....	17
Tabela 3 - Significação psiconeurológica dos fatores psicomotores (Fonseca, 2010, p. 114)	19
Tabela 4 – Modelo proposto para a organização de etapas em sessões de psicomotricidade (SRE, 2013)	19
Tabela 5- Objetivos de intervenção psicomotora para indivíduos com DID, consultados no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP).....	21
Tabela 6 - Descrição das ocorrências da EPR (Simões & Santos, 2012).....	35
Tabela 7 – Pontos de resposta da escala URICA	38
Tabela 8 – Correspondência de itens ou estágio motivacional.....	38
Tabela 9 - Calendário das atividades desenvolvidas no estágio	40
Tabela 10 – Horário semanal.....	41
Tabela 11 – Organização diária das atividades de estágio	41
Tabela 12 - Objetivos gerais das sessões individuais e de grupo na Unidade de São Lucas.....	44
Tabela 13 - Identificação do estudo de caso I	45
Tabela 14 - Identificação do estudo de caso II	45
Tabela 15 - Identificação do estudo de caso III	46
Tabela 16 - Identificação do estudo de caso IV.....	46
Tabela 17 - Descrição das atividades de São Lucas em contexto de sala	47
Tabela 18 - Atividade de vida diária	50
Tabela 19 - Análise sumária dos resultados da ECA.....	67
Tabela 20 - Resultados de independência da EPR Inicial/final	70
Tabela 21 - Resultados da Participação Social inicial/final.....	71
Tabela 22 - Resultados do Bem-estar da EPR inicial/final	71
Tabela 23 - Resultados do indicador de qualidade de vida da EPR inicial/final.....	72
Tabela 24 - Resultados de satisfação da EPR inicial e final.....	72
Tabela 25 – 1ª Aplicação da bateria psicomotora (adaptada)	75
Tabela 26 – 2ª aplicação da bateria psicomotora (adaptada).....	75
Tabela 27 - Análise SWOT caso I	78
Tabela 28 - Análise SWOT do caso II	79
Tabela 29 - Análise SWOT caso III	80
Tabela 30 - Análise SWOT do caso IV.....	81
Tabela 31 - Objetivos da intervenção psicomotora no CRA	82
Tabela 32- Atividades do CRA.....	83
Tabela 33 - Atividade complementar do CRA	84
Tabela 34 - 1ª Aplicação da URICA	86
Tabela 35 – 2ª Aplicação da URICA	87
Tabela 36 – 1ªAplicação da SF-36.....	89
Tabela 37 - 2ª Aplicação da SF-36	90

Índice de figuras

Figura 1 - Modelo de Funcionamento Independente	10
Figura 2 - Organigrama da Casa São João de Deus.....	29

Índice de gráficos

Gráfico 1 – Aplicação 1ª parte ECA – Caso I	54
Gráfico 2 - Aplicação 2ª parte ECA – Caso I	54
Gráfico 3 – Aplicação 1ª parte ECA – Caso II	59
Gráfico 4 - Aplicação 2ª parte ECA – Caso II	59
Gráfico 5 – Aplicação 1ª parte ECA caso III	62
Gráfico 6 – Aplicação 2ª parte ECA caso III	63
Gráfico 7 – Aplicação da 1ª parte da ECA caso IV	66
Gráfico 8 – Aplicação 2ª parte da ECA caso IV	66
Gráfico 9 – Aplicação EPR caso I	73
Gráfico 10 – Aplicação EPR caso II	74
Gráfico 11 – Aplicação EPR caso III	74
Gráfico 12 – Aplicação EPR caso IV	75
Gráfico 13 – Aplicação BPM caso I	76
Gráfico 14 – Aplicação BPM caso II	76
Gráfico 15 – Aplicação BPM caso III	77
Gráfico 16 – Aplicação BPM caso IV	77
Gráfico 17 - 1ª Aplicação URICA	87
Gráfico 18 – 2ª Aplicação URICA.....	88
Gráfico 19 – 1ª Aplicação da SF-36	89
Gráfico 20 – 2ª Aplicação SF-36	90

Introdução

No âmbito do aprofundamento de competências profissionais do 2º Ciclo em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana - Universidade de Lisboa, surge este relatório que tem por finalidade descrever as atividades desenvolvidas no estágio, que decorreu entre setembro de 2014 e abril de 2015, na Casa São João de Deus - Funchal¹.

Com a realização do estágio de aprofundamento de competências profissionais, pretende-se o desenvolvimento de conhecimentos aprofundados no âmbito da reabilitação psicomotora, tendo em conta as vertentes científicas e metodológicas, fomentando um trabalho articulado com a equipa multidisciplinar, desenvolvendo, desta forma, as capacidades de planeamento, gestão e coordenação de serviços, de acordo com os contextos e domínios de intervenção, promovendo a aquisição de conhecimentos, fortalecendo competências ao nível profissional e incentivando o desenvolvimento de novas práticas (RACP, 2014).

Ao nível dos objetivos específicos do estágio (RACP, 2014), pretendeu-se potenciar no mestrando aprendizagens e treino direcionado para o desempenho da atividade profissional, facilitando a entrada no mercado de trabalho, promovendo desta forma a aquisição de competências ao nível das:

- **Intervenções pedagógico-terapêuticas**, visando as atividades profissionais associadas ao processo de intervenção, como a avaliação e estabelecimento de perfil intra-individual, a aplicação e avaliação de programas, e a identificação de fatores que promovem ou inibem a participação dos indivíduos.
- **Fomentar a relação com outros profissionais**, interagindo com outros profissionais nas equipas multidisciplinares, expondo os saberes da sua especialidade e participando na avaliação e desenvolvimento de programas.
- **Desenvolver relações com a comunidade**, interagindo nos diferentes projetos desenvolvidos com comunidade e nos diferentes âmbitos propostos.

O estágio curricular em contexto profissional na instituição Casa de Saúde São João de Deus teve como objetivo verificar os benefícios da intervenção psicomotora para os indivíduos acompanhados no centro de alcoologia e para os utentes de uma unidade

¹ A Casa de Saúde de São João de Deus, foi inaugurada em 1924. É um estabelecimento de Saúde na área da psiquiatria, saúde mental, dependências e reabilitação psicossocial, situado na Região Autónoma da Madeira, no concelho do Funchal. No Capítulo 3 proceder-se-á a uma descrição mais aprofundada.

de evolução prolongada em que foi realizada a intervenção psicomotora.

Consequentemente, este estágio envolveu a aplicação de um plano de intervenção psicomotora, contemplando atividades de mediação corporal adequadas às dificuldades e necessidades dos utentes, sendo realizada uma avaliação no início do estágio, para adequação dos objetivos da intervenção, que incluíram a promoção do funcionamento independente em domínios de competências adaptativas dos indivíduos, tais como a interação social, a adoção de normas e regras, a manutenção de atividades de vida diária e de comportamentos associados a um estilo de vida saudável.

Este relatório divide-se em duas partes:

Parte 1 – onde se procederá à sistematização da informação recolhida e tratada durante o processo de revisão bibliográfica com o intuito de realizar um adequado enquadramento da prática profissional, elucidando sobre as Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID), o conceito de alcoolismo e o conceito de qualidade de vida, temáticas trabalhadas ao longo do estágio; se delimitará o conceito e o campo de intervenção da Psicomotricidade, bem como os seus objetivos, competências, técnicas e indicações relativas à estrutura das sessões. Por último, será caracterizada e enquadrada a instituição Casa de Saúde São João de Deus.

Parte 2 – onde se procederá à análise da informação relativa à intervenção realizada na Casa de São João de Deus, esclarecendo, o calendário das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, a intervenção psicomotora na unidade de São Lucas (internamento prolongado) e Centro de Reabilitação Alcoólica (CRA), os instrumentos de avaliação adotados, tais como a Escala de Comportamento Adaptativo - versão Portuguesa (ECAP)² e Escala Pessoal de Resultados (EPR)³, a Bateria psicomotora, SF-36⁴ e URICA⁵ para o tratamento de dados da intervenção. Por último, será apresentada uma análise dos dados recolhidos e uma análise SWOT tendo como finalidade uma reflexão acerca dos pontos fortes e pontos fracos que condicionaram ou favoreceram o impacto da intervenção psicomotora, seguida de uma conclusão reflexiva sobre a intervenção.

² Santos & Morato (2004)

³ Simões & Santos (2012)

⁴ (Mchorney, Ware & Raczek, 1993); (Ferreira, 1998)

⁵ (Lopes, Prieto, Delgado, Gamito & Trigo, 2011)

Parte 1 – Enquadramento da prática profissional

Nesta parte será realizada uma caracterização e contextualização das perturbações com as quais foi realizada uma intervenção durante as atividades de estágio, nomeadamente as sobre as Dificuldades Intelectuais Desenvolvimentais (DID), sobre o conceito de alcoolismo e o conceito de qualidade de vida na medida em que este se considera um conceito agregador para a definição dos objetivos em psicomotricidade. Estas temáticas são consideradas particularmente relevantes para a compreensão da intervenção psicomotora implementada na Casa de Saúde São João de Deus. De seguida serão explicitados, também, os âmbitos da intervenção da psicomotricidade, tendo em conta as competências, as técnicas, os objetivos, bem como indicações para a planificação de uma intervenção psicomotora. Por último, será realizada uma caracterização da Casa São João de Deus, focando a sua missão, objetivos, população atendida, valências, recursos materiais, recursos humanos e articulação com a comunidade.

1. Caracterização e contextualização das Dificuldades Intelectuais e Desenvolvimentais (DID)

As dificuldades intelectuais e desenvolvimentais de acordo com o DSM V, são enquadradas no grupo de perturbações do neurodesenvolvimento que englobam um conjunto de condições que tipicamente se manifestam numa idade precoce, antes do período escolar, caracterizadas por défices no desenvolvimento que acarretam prejuízos no funcionamento pessoal, social, académico ou profissional.

Promovido pelas mudanças de paradigma e os estudos recentes, determinaram a reformulação da terminologia tem vindo a ser reformulada, atendendo a que alguns termos anteriormente utilizados como atraso ou deficiência mental, passaram a ser considerados como desadequados por terem subjacente uma carga negativa, pressupondo que os indivíduos com esse diagnóstico seriam incapazes de mudar ou de manifestar uma dinâmica de desenvolvimento (Silva & Coelho, 2014). Tal prende-se com o facto de os critérios para a definição e classificação da DID, a partir da década de 90, terem passado a incluir o quociente de inteligência (QI)⁶ inferior a 70 (abaixo da média) e défices ao nível do funcionamento adaptativo em pelo menos duas áreas do

⁶ QI - Quociente de inteligência é uma medida padronizada obtida por meio de testes desenvolvidos para avaliar as capacidades cognitivas (inteligência) de um indivíduo.

comportamento adaptativo (CA) avaliado (Morato & Santos, 2007). Atualmente, os termos dificuldades intelectuais e desenvolvimentais (DID) ou dificuldade intelectual são aqueles mais comuns e aceites na literatura nacional e internacional.

Salienta-se ainda que o diagnóstico de indivíduos com DID deverá ter em consideração o contexto em que o indivíduo se insere, a comunicação, os aspetos sensoriais, motores, adaptativos, culturais e linguísticos, assim como as áreas fortes e as áreas menos fortes, para que a intervenção seja adequada às necessidades específicas dos indivíduos com DID (Morato & Santos, 2007).

Por este facto, atualmente, as DID englobam indivíduos diagnosticados com défices cognitivos, tendo em consideração os aspetos quantitativos da limitação cognitiva, das limitações funcionais bem como as necessidades de apoios, meios e serviços daí decorrentes. Esta conceptualização decorre da proposta da American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD) que utiliza o termo dificuldade intelectual de acordo com uma perspetiva considerada multidimensional e baseada no construto da incapacidade, na medida em que salienta a necessidade de estabelecer um perfil de apoio com base na gravidade das limitações (APA, 2013).

O comportamento adaptativo (CA) representa assim um conceito importante, associado à alteração dos termos anteriormente usados (p. ex. atraso ou deficiência mental) para o termo dificuldades intelectuais e desenvolvimentais (DID), na medida em que esta nova terminologia tem uma maior aceitação e implica um menor estigma para os indivíduos (Roque & Santos, 2010).

Para o estabelecimento de um diagnóstico, além dos testes de inteligência estandarizados, devem ser aplicados testes relacionados com o comportamento adaptativo, como por exemplo a ECA-Escala do Comportamento Adaptativo (Lambert, Nihira & Leland, 1993). Esta escala inclui uma avaliação que aborda as principais áreas de desenvolvimento, numa perspetiva funcional, do indivíduo. As áreas avaliadas através deste instrumento referem-se a aspetos relacionados com a autonomia, comunicação verbal e não-verbal, conhecimento acerca do tempo e de conceitos matemáticos simples, fatores relacionados com as características de desenvolvimento ao nível físico, aspetos vocacionais e profissionais, características relacionadas com a maneira de ser, aspetos sociais e responsabilidade, tendo como objetivo delinear um conjunto de características específicas do indivíduo (Santos, 2010).

Desta forma o estabelecido no DSM V define que a DID se caracteriza-se por défices em capacidades mentais genéricas, como o raciocínio, solução de problemas, planificação, pensamento abstrato, juízo, aprendizagem académica e aprendizagem pela

experiência que resultam em prejuízos no funcionamento adaptativo, em que o indivíduo não consegue atingir padrões de independência pessoal e responsabilidade social em um ou mais aspetos da vida diária, incluindo comunicação, participação social, funcionamento académico ou profissional e independência pessoal em casa ou na comunidade (APA,2013).

São de considerar ainda fatores sociais como a influência da origem social e/ou económica como causa plausível para um défice de desenvolvimento cognitivo. Este défice é mais evidente no início da idade escolar, pois é o período onde se verificam mudanças psicobiológicas mais expressivas, podendo estar associado a um menor estímulo intelectual por parte do contexto sociofamiliar, Desta forma, podemos afirmar que a problemática da DID poderá estar associada, entre outros, a fatores contextuais como o estatuto social da família (Morato & Santos, 2007).

Retomando a clarificação da definição de DID, segundo Morato & Santos (2007), esta é caracterizada por limitações significativas ao nível do funcionamento intelectual e do comportamento adaptativo, que se expressam nas habilidades sociais, e nas práticas quotidianas dos indivíduos diagnosticadas antes dos 18 anos, em três domínios: conceptual, social e prático, que determinam como o indivíduo soluciona as exigências e tarefas do seu dia-a-dia.

No domínio conceptual, temos como exemplo a linguagem, a leitura, a escrita, a matemática, o raciocínio, a aprendizagem e a memória; no domínio social, a empatia, o ajustamento social, a comunicação interpessoal, a capacidade para fazer e manter amizades; e, no domínio prático organização e regulação pessoal, áreas tais como cuidados pessoais, responsabilidades no emprego, gestão do dinheiro, atividades de lazer, organização na escola ou nas tarefas do trabalho (Roque & Santos, 2010).

Os défices no funcionamento adaptativo, poderão apresentar níveis de severidade variáveis, que segundo o DSM-5 (APA,2013) se podem dividir nos seguintes graus:

- **Leve** - no que diz respeito ao nível conceptual, não é fácil ser detetado nas idades pré-escolares, pois não existem diferenças significativas relativamente à norma. Porém, quando passamos a falar nos indivíduos em idade escolar e adultos, surgem algumas evidências no que diz respeito a limitações na aprendizagem de habilidades académicas, como a leitura, escrita, noção de tempo, e dinheiro, que evidenciam a necessidade de um ou mais apoios, para se atingirem as aquisições esperadas para a idade. Nos adultos, o pensamento abstrato, função executiva (i.e., planeamento e estabelecimento de estratégias, fixação de prioridades e flexibilidade cognitiva) e memória de curto prazo, bem como o uso funcional de habilidades académicas (p. ex., leitura,

controle do dinheiro), estão prejudicados, existindo ainda uma abordagem concreta a problemas e soluções em comparação com indivíduos na mesma faixa etária. Nas competências sociais, os indivíduos podem ter um desenvolvimento típico embora com algumas imaturidades. Por exemplo podem observar-se dificuldades nas interações sociais, na medida em que a conversação, a comunicação e linguagem são mais concretas ou imaturas, existindo maior dificuldade a compreender pistas sociais dos pares. Podem ocorrer dificuldades de regulação da emoção e do comportamento, uma compreensão limitada do risco em situações sociais e o julgamento social é imaturo para a idade, correndo um maior risco de ser manipulado por outros. No domínio prático, os indivíduos podem ter cuidados pessoais adequados à idade, apesar de necessitarem de algum apoio para efetuar tarefas quotidianas mais complexas. Na vida adulta os apoios podem envolver a ajuda para realizar compras para a casa, transporte, organização do lar, preparação de refeições, tomar decisões em relação à sua saúde e a responsabilidades legais, gestão financeira assim como ajuda adicional para desempenhar uma atividade profissional. As habilidades recreativas assemelham-se às dos pares da mesma faixa etária, embora necessitem de apoio relativo ao bem-estar e à organização de atividades de recreação. Na vida adulta, pode ter um emprego em funções que não enfatizem habilidades concetuais.

- **Moderado** - o desenvolvimento do domínio conceptual é inferior em relação aos pares da mesma idade, sendo de referir que na idade pré-escolar os indivíduos apresentam dificuldades na linguagem e nas habilidades pré-académicas que se desenvolvem de uma forma mais lenta. Já em idade escolar apresentam dificuldades na compreensão dos conceitos de tempo, dinheiro, assim como na leitura, escrita, e matemática, quando comparados com indivíduos da mesma idade. Na idade adulta apresentam habilidades académicas elementares e necessitam de suporte para as utilizar tanto na vida pessoal, como no trabalho. Por vezes, necessitam de apoio para a realização das tarefas do dia-a-dia. No que diz respeito ao domínio social, existem diferenças nos comportamentos sociais e na comunicação quando comparados com pares da mesma idade, apresentando uma linguagem simplificada. São capazes de manter relações sociais com a família e manter amizades ao longo da vida, sendo de referir que por vezes têm relações românticas na vida adulta. Têm dificuldades em interpretar pistas sociais, em tomar decisões e efetuar um julgamento social. No domínio prático, os indivíduos conseguem efetuar tarefas como vestir, comer, cuidar da sua higiene pessoal, realizar tarefas domésticas, ainda que haja necessidade de período prolongado de ensino e de tempo para que se torne independente nessas áreas. Podem ter práticas

laborais em tarefas que não envolvam habilidades académicas avançadas, ou grandes habilidades de comunicação, embora necessitem de apoio por parte dos colegas, supervisores para que façam uma adequada gestão das expectativas sociais, complexidades e responsabilidades no local de trabalho, tais como horários, transportes, benefícios de saúde e controle do dinheiro. Apesar de poderem desenvolver várias competências no domínio da recreação estas implicam apoio e oportunidades de aprendizagem por um longo período de tempo.

- **Severo** - Os indivíduos têm habilidades conceptuais reduzidas, tendo pouca compreensão da escrita, ou de conceitos matemáticos, tais como: o tempo, a quantidade, o dinheiro, e necessitam de apoio para a resolução de problemas. No domínio social a linguagem é limitada tanto em termos gramaticais como de vocabulário. A comunicação pode ser efetuada apenas com uma palavra ou expressões isoladas, com possível utilização de dispositivos alternativos/aumentativos de comunicação. Entendem discursos e uma conversação simples, sendo a família e os cuidadores constituem a sua principal rede de relações e de suporte. No domínio prático, os indivíduos têm de ser assistidos nas atividades do quotidiano (p. ex. vestir, tomar banho, refeições) sendo necessária uma supervisão e apoio contínuo. A aquisição de competências envolve o ensino prolongado, todavia tem que haver uma supervisão das mesmas. O comportamento desajustado, incluindo autoagressão pode estar presente numa minoria significativa.

- **Profundo** – no domínio conceptual o mundo concreto é mais frequente do que os processos simbólicos, podendo utilizar palavras simples com o objetivo de demonstrarem a necessidade de algo. Certas habilidades visuo-espaciais (p. ex. combinar, classificar de acordo com características físicas) podem ser adquiridas através de correspondências. É de referir que as perturbações sensoriomotoras podem restringir a utilização de objetos, apesar de poderem utilizar objetos de forma direcionada para os seus cuidados pessoais, tarefas de trabalho ou recreação. Em termos sociais os indivíduos têm uma compreensão limitada da comunicação simbólica, do discurso, e dos gestos, compreendendo instruções e gestos simples e manifestando-se através de palavras simples, de monossílabos, expressando emoções e desejos de forma não verbal. Os cuidadores, familiares e terapeutas são a sua rede social. No que diz respeito ao domínio prático encontram-se extremamente dependentes de outros. Participam em algumas tarefas profissionais desde que exista um nível elevado de apoio continuado e as ações exigidas sejam simples. As atividades recreativas podem incluir, por exemplo, apreciar ouvir música, assistir a filmes, sair para passear, realizar atividades motoras em meio aquático, desde que apoiados por outras pessoas. A ocorrência simultânea de limitações físicas e sensoriais pode ser uma

barreira à participação em atividades do quotidiano, recreativas e profissionais.

Segundo o DSM-5 (APA, 2013), a DID pode ter diferentes causas:

- Pré-natais - síndromes genéticas; erros inatos do metabolismo; malformações cerebrais; doença materna; influências ambientais.
- Perinatais - eventos relacionados com o nascimento, que origina encefalopatia neonatal.
- Pós-natais - lesão isquémica hipóxica; traumatismo crânio-encefálico; infeções; doenças desmielinizantes; doenças convulsivas; privação social grave /crónica; e síndromes metabólicas tóxicas ou intoxicações.

Ao nível das comorbilidades mais frequentes, é de referir que a maior incidência de epilepsia, paralisia cerebral, e distúrbio mental, sendo 3 a 4 vezes superior à da restante população (APA, 2013).

2. Qualidade de vida

O conceito de qualidade de vida é multidimensional, tendo variadas definições e utilizações, estando associado ao bem-estar, a experiências positivas e a valores de cada indivíduo, nomeadamente a felicidade, sucesso, riqueza, saúde e satisfação pessoal. A qualidade de vida é entendida consoante a perceção que cada pessoa tem sobre a sua posição na vida, de acordo com a sua cultura e com o sistema de valores em que se insere, com os seus objetivos, interesses, padrões e expetativas (Schalock, 2004).

A qualidade de vida tem uma grande importância, na medida em que permite o desenvolvimento de uma estrutura conceptual para avaliar os resultados, de acordo com a perspetiva de cada indivíduo, e fornece uma estrutura que orienta os serviços em torno da sua utilização, o acesso a melhores estratégias de resolução ou superação (Schalock, Gardner & Bradley, 2007). Alguns dos fatores associados à promoção da qualidade de vida compreendem, as capacidades dos indivíduos e as oportunidades de vida disponibilizadas, cuja concretização exige oferta de apoios necessários para a promoção da autonomia e bem-estar de todos os indivíduos, bem como condições de acesso efetivo e equidade administrativa (Schalock & Alonso, 2002).

Segundo Cummins (1991), citado por Sachalock e Alonso (2002), a qualidade de vida pode ser dividida em sete domínios: bem-estar material; saúde; produtividade; intimidade; bem-estar emocional; posição e integração na sociedade; autonomia pessoal.

Existe uma relação direta entre os indicadores sociais e os resultados pessoais, pois os indicadores sociais estão associados aos fatores externos, indicadores que facilitam a compreensão dos principais aspetos da sociedade, tais como a saúde, bem-

estar, amizade, padrão de vida, educação, segurança, acesso ao emprego, alfabetização, habitação, relações de vizinhança e de lazer. Em relação aos resultados pessoais estes traduzem-se essencialmente ao nível do bem-estar pessoal e da compreensão da diferença entre a orientação e a prioridade pessoal quanto à organização dos sistemas que envolvem o indivíduo e os resultados que vai obtendo nos domínios da qualidade de vida ao longo do tempo.

A qualidade de vida, segundo Schalock, Bonham & Verdugo (2008), de acordo com o seu modelo conceptual, contém três fatores essenciais, nomeadamente a independência, a participação social e o bem-estar.

A independência é um domínio de desenvolvimento pessoal, de autodeterminação, associada, a nível educativo, a competências sociais, comportamento adaptativo, escolhas, autonomia, autocontrolo e objetivos atingidos. Por sua vez a participação social é relativa a três domínios: as relações interpessoais, a inclusão social e os direitos de cada indivíduo. Por fim o bem-estar também constituído por três domínios inclui o bem-estar emocional, o bem-estar físico e o bem-estar material.

Para Schalock, Gardner & Bradley (2007), uma estratégia eficaz para pessoas com DID baseia-se em três iniciativas. A primeira consiste no investimento no capital social, que será útil para aumentar a confiança entre os indivíduos, podendo originar resultados positivos ao nível psicológico, físico, social e no bem-estar. A segunda refere-se ao papel das organizações, não apenas como prestadoras de serviços, mas também como uma forma de inclusão na comunidade. A terceira iniciativa está relacionada com os resultados pessoais, que fornecem os valores para a avaliação do desempenho das organizações, sendo que a aplicação dos resultados poderá facilitar a elaboração de um plano individual direcionado para as necessidades do indivíduo e os suportes de modo a facilitar resultados provenientes da atribuição de apoios necessários para melhorar as necessidades básicas tanto na área da saúde como segurança.

O conceito de qualidade de vida revela-se de extrema importância na intervenção dirigida a estes indivíduos na medida em que pode ser utilizado no planeamento e avaliação, das atividades dirigidas a pessoas com DID, enfatizando as necessidades e potenciando a avaliação do trabalho realizado. O desenvolvimento organizacional e dos serviços servem assim de indicadores das áreas que eventualmente necessitam de atuação por técnicos especializados e pela família. A abordagem deve ser positiva e centrada no indivíduo, independentemente das limitações pessoais. Salienta-se ainda que o conceito de qualidade de vida é variável consoante a realidade social e cultural em que o indivíduo se insere. Por outro lado as pessoas com um mesmo diagnóstico não têm

necessariamente as mesmas dificuldades, existindo assim uma diferença nas ações necessárias para a promoção da qualidade de vida, em função das dificuldades individuais na saúde e no desenvolvimento cognitivo (Schalock & Alonso, 2002).

Por sua vez assinala-se que a qualidade de vida pode ser um conceito global que determina a intervenção junto de indivíduos com problemas associados ao alcoolismo. Os indivíduos com dependência do álcool necessitam de uma rede de suporte social de forma a ultrapassar as situações problemáticas, alterando significativamente os padrões de vida e superando as limitações físicas, emocionais e sociais, para alcançarem uma melhor qualidade de vida e um funcionamento independente.

A figura 1 demonstra o modelo de funcionamento independente, segundo Buntinx & Schalock (2010). Esta figura ilustra as diferentes dificuldades do indivíduo, que com os apoios adequados, poderão ser ultrapassadas e permitir um o funcionamento independente do indivíduo.

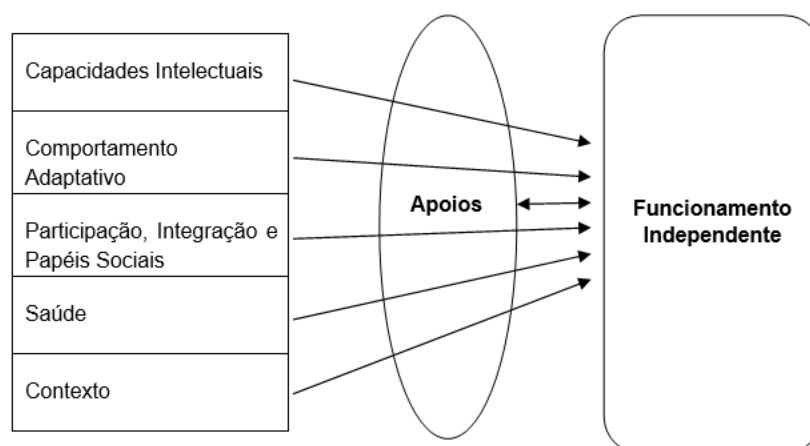


Figura 1 - Modelo de Funcionamento Independente, adaptado de Buntinx & Schalock (2010, p. 286)

3. Alcoolismo

O consumo de álcool na União Europeia é uma preocupação de saúde pública, pois representa o terceiro fator de risco de doenças e mortalidade (DGS, 2015), sendo conhecidos os efeitos patológicos da utilização em excesso de bebidas alcoólicas.

Neste âmbito há duas condições a distinguir: a dependência e síndrome e o problema do consumo, pois nem sempre os indivíduos que consomem em excesso são afetados pela doença ou síndrome e nem sempre se distingue a dependência do simples

consumo excessivo, pois há consumidores que prejudicam a sua saúde e criam problemas de álcool sem serem dependentes.

Desta forma o consumo de álcool deverá ser entendido tendo em consideração um modelo biopsicossocial em que podem ser observados diferentes graus associados ao consumo de álcool, na relação com os riscos e consequências negativas associados a esse consumo. Será importante ainda considerar que o consumo de álcool pode ser entendido como um hábito, um ritual associado a determinados contextos culturais e sociais. Porém, salienta-se que a ingestão excessiva e repetida de bebidas alcoólicas, mesmo em quantidades pequenas, provoca um estado permanente de intoxicação alcoólica. Por sua vez, não parece provado que existam duas condições totalmente distintas: alcoólicos e não alcoólicos nem uma progressiva perda irreversível e total de controlo. É mais adequado afirmar que há uma graduação entre consumo opcional e consumo dependente e que se pode passar de graus iniciais de consumo controlado para graus de dependência progressiva, isto é, desde o modelo moral (de vício) em que os indivíduos são responsáveis pelo consumo de risco aos modelos médico (doença) e biopsicossocial (misto), e ao do síndrome alcoólico de maior dependência e doenças associadas (Gruchet, 2015).

Neste contexto, importa salientar que o alcoolismo é uma doença crónica, potencialmente incapacitante, relacionada com consequências adversas tais como: desemprego, desestruturação da rede social, problemas e desestruturação familiar, entre outros. As situações que conduzem as pessoas com dependência alcoólica ao isolamento social são diversas, mas nela se intersectam fatores sociais, culturais, económicos, psicológicos e fisiológicos.

Numa perspetiva alargada os problemas associados ao alcoolismo, segundo Melo, Barrias & Breda, (2001) incluem:

- Indivíduo - efeitos episódicos de abuso do consumo de álcool; consequências do consumo excessivo e prolongado; consumo de risco em certas circunstâncias tais como na gravidez, na menoridade, entre outros.
- Família - perturbação da vida familiar.
- Trabalho - diminuição do rendimento do trabalho, aumento de acidentes;
- Comunidade - perturbações nas relações sociais e de ordem pública, acidentes de viação, entre outros.

Os fatores associados ao risco de consumo de bebidas alcoólicas são os contextos culturais e sociais, sendo por vezes uma forma para o indivíduo sentir que se integra em determinado grupo, ou para a demonstração de atributos socialmente relevantes. Por

outro lado, o ambiente pode ter um papel determinante no consumo, o qual pode estar relacionado com o contacto com determinadas pessoas, locais, eventos sociais.

O consumo e dependência exagerada de álcool revela uma perturbação mental que afeta a saúde física, o padrão de comportamento social e económico, devendo ser submetidos a tratamento (Valentim, Santos, & Pais Ribeiro 2014).

De acordo com o Estudo Epistemológico Nacional de Saúde Mental, as perturbações psiquiátricas relacionadas com a utilização de álcool e outras substâncias estão entre as principais causas da carga global das doenças, medida através do número de anos vividos com incapacidade e o número de anos perdidos por morte prematura como consequência da doença” (Almeida & Xavier, 2013, p.9).

Em Portugal, as perturbações de abuso e dependência de álcool apresentam uma prevalência de 1.6%. Saliente-se que entre as perturbações que apresentam uma maior percentagem de casos graves, se encontra a dependência de álcool (39.2%), destacando-se junto com outras perturbações, tais como a perturbação de défice de atenção/hiperatividade (68.4%), a perturbação bipolar e a perturbação de oposição - desafio, (ambas com 45%) e a agorafobia sem pânico (39.9%) (Almeida & Xavier, 2013, p.26).

Na tabela 1 podemos observar a prevalência anual de perturbações associadas ao consumo de álcool, sendo que as perturbações moderadas e graves associadas a uma dependência de álcool se destacam (Almeida & Xavier, 2013).

Tabela 1 - Prevalência anual de perturbações psiquiátricas e gravidade (%) (Almeida & Xavier, 2013, p.27)

	Gravidade								
	Prevalência nos últimos 12 meses			Perturbações ligeiras		Perturbações moderadas		Perturbações graves	
	N	%	%(SE)	%	%(SE)	%	%(SE)	%	%(SE)
Abuso de álcool	39	1.6	0.3	53.8	10	40.6	9.9	5.6	2.9
Dependência de álcool	6	0.3	0.1	0	0	60.8	21.8	39.2	21.8
Qualquer perturbação por utilização de substâncias	40	1.6	0.3	52.7	9.9	39.8	9.8	7.5	3.5

Estima-se que os hábitos de consumos de álcool resultem em 3,8% das mortes, e em 4,6% de incapacidades, a nível mundial, sendo de referir que esta é a substância intoxicante mais consumida mundialmente. Sendo estimado que 3,4% da população mundial, com idades compreendidas entre 15 e 64 anos apresenta uma perturbação por

uso de álcool e sendo estimado que 65% da população mundial consome álcool, o consumo de bebidas alcoólicas constitui um problema relevante na determinação das políticas nacionais de saúde pública (Valentim, Santos & Pais Ribeiro, 2014).

Os dados das correlações das variáveis demográficas com as perturbações psiquiátricas mostram que os homens têm mais risco para desenvolverem perturbações relacionadas com o consumo de álcool (Almeida & Xavier, 2013).

Em termos genéticos, pode ser estabelecida alguma relação biológica através de historiais familiares, que podem traduzir-se numa maior predisposição para alcoolismo (Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney & Abrams, 2005).

Quer a Organização Mundial de Saúde quer a American Psychiatric Association (APA) classificam o alcoolismo como doença/perturbação. As características da dependência alcoólica podem ser verificadas numa série de fatores que demonstram não só a dependência, mas também o grau da mesma, remetendo-nos para uma série de padrões e acontecimentos que, segundo o DSM-5 (APA, 2013), podem ser descritos como:

- Consumo de álcool em grandes quantidades ou por um período mais longo do que se pretendia;
- Desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o uso de álcool;
- “Investimento” em atividades necessárias para a obtenção de álcool, uso de álcool, ou recuperação de seus efeitos;
- Desejo ou forte vontade de usar álcool;
- Recorrente uso de álcool, resultando em incumprimento de obrigações importantes relativas a seu papel no trabalho, na escola, ou em casa;
- Uso continuado de álcool, apesar dos problemas interpessoais e sociais causados ou exacerbados pelo efeito do álcool;
- Redução ou desistência de interações sociais, atividades recreativas ou ocupacionais devido ao uso de álcool;
- Uso recorrente de álcool em situações fisicamente perigosas;
- Uso continuado de álcool apesar de limitações ou enfermidades, físicas ou psicológicas, causadas ou exacerbadas pelo álcool;
- Habituação e necessidade de quantidades progressivamente maiores de álcool para atingir intoxicação ou efeito desejado.

Para ser considerada uma dependência de álcool devem ser verificados mais de dois dos sintomas acima enunciados (APA, 2013). Para além de todos os problemas

associados à dependência do álcool, existem, ainda, efeitos inerentes à cessação ou redução dos consumos aditivos de álcool.

Segundo o Serviço Nacional de Saúde (SNS), os problemas associados ao consumo de álcool são diferenciados, incluindo o consumo e a dependência de álcool (Mello, Barrias & Breda, 2001).

Os consumos de álcool podem ser classificados em: consumo de risco, consumo nocivo e dependência.

O consumo de risco é referente a um padrão de consumo que pode implicar dano físico ou mental se o consumo perdurar.

O consumo nocivo é um padrão que causa danos de saúde, tanto físicos como mentais, mas não perfaz os critérios para ser considerado dependência.

Já a dependência é estabelecida a partir de um padrão de consumo fundamentado por um conjunto de aspetos clínicos e comportamentais, desenvolvendo-se após o uso repetido de bebidas alcoólicas, pelo desejo intenso de consumir ou o descontrolo sobre o consumo (apesar das consequências do consumo continuado de álcool), grande importância atribuída ao consumo de álcool em detrimento de atividades e obrigações, aumento da tolerância ao álcool (o que significa o aumento gradual de consumo de bebidas alcoólicas para atingir o efeito pretendido) e, por último, sintomas de privação quando não é ingerido álcool.

O consumo de álcool é responsável pelo desenvolvimento de variados problemas ou patologias agudas e crónicas a nível físico, psicológico e social, pois constitui um fator de risco para a ocorrência de acidentes domésticos; laborais e de condução; de violência; abusos e negligência infantil; de conflitos familiares; e de incapacidade prematura ou morte. Para indivíduos com problemas com o álcool são muito importantes as redes sociais de apoio informal e formal, para que estes lidem com os seus problemas e acontecimentos de vida. O suporte informal apoia o indivíduo no seu quotidiano, sendo constituído pelos familiares, amigos, comunidade e os grupos sociais em que o indivíduo se integra. O suporte formal é composto pelas organizações sociais formais, tais como os hospitais e os serviços de saúde com profissionais de saúde (Mello, Barrias & Breda, 2001).

O álcool, é uma substância psicoativa depressora do sistema nervoso central, com propriedades anestésicas, que afeta o cérebro e o organismo. O alcoolismo é tratável, mas não é curável, existindo a suscetibilidade de recaída, pelo que é necessário abster-se de bebidas alcoólicas. O tratamento ao alcoolismo é um processo longo e as recaídas não significam o fracasso ou impossibilidade de recuperação, sendo necessário que o

indivíduo procure apoio e ajuda necessária para se seja possível manter-se abstinente. É de referir que podem ser prescritos medicamentos que ajudam a combater os sintomas de abstinência provocados pela dependência do álcool (CUF, 2016).

Os centros de recuperação de alcoologia funcionam com base no modelo psicossocial de compreensão do alcoolismo, focando os seus procedimentos na: responsabilização individual para reduzir a dependência e aumentar o controlo; uso dos recursos internos do indivíduo para sair do círculo vicioso da dependência, independentemente do seu grau.

Entre outros, modelos de auto ajuda vêm sido adotados. O Programa de 12 Passos dos Alcoólicos Anónimos, visa estimular as motivações individuais (espirituais) para a reabilitação não sendo absolutamente necessário recorrer a ajudas do modelo médico, mas sem as excluir para os que as desejem ou precisem. No tratamento do alcoolismo o Programa dos 12 passos, inclui um conjunto de linhas orientadoras para promover a motivação para o tratamento do alcoolismo, e, como o próprio nome indica contempla 12 passos, sendo a base orientadora para grande parte das intervenções no processo de recuperação do alcoolismo, a saber (Obembe, 2012).

Descrição adaptada dos 12 passos do programa de alcoologia, segundo Obembe (2012):

- 1º Passo - Admitir o descontrolo e a impotência perante o álcool;
- 2º Passo - Acreditar na recuperação da sanidade mental;
- 3º Passo - Ter vontade de viver;
- 4º Passo - Confrontar os medos e a moral;
- 5º Passo - Admitir perante os outros a natureza dos erros;
- 6º Passo - Eliminar os defeitos de carácter;
- 7º Passo - Remover os defeitos;
- 8º Passo - Pedir desculpa a todas as pessoas a quem fizeram mal;
- 9º Passo - Compensar da melhor forma possível aqueles a quem fizeram mal;
- 10º Passo - Fazer um inventário pessoal, e admitir prontamente os erros;
- 11º Passo - Ter força de vontade para se manter na abstinência;
- 12º Passo - Levar boas práticas e mensagem aos alcoólicos.

Na Região Autónoma da Madeira, por razões de ordem geográfica, histórica, cultural, social e económica, o consumo de álcool é muito elevado. Em 1987, os níveis de consumo eram “da ordem dos 10 litros per capita/ano, sendo o vinho a bebida alcoólica de eleição”, níveis mantido nos últimos anos sem mudança muito significativa (Gameiro &

Lemos, 2015).

A unidade Ricardo Pampuri situada na Região Autónoma da Madeira, tem como principal intuito, a prevenção, a reabilitação e o tratamento de indivíduos com dependência alcoólica. A intervenção prestada neste serviço está assente em três vertentes, ou seja, em medicação para a desabituação física e para a terapêutica da doença, em psicoterapias individuais e grupais, com o intuito de promover o desenvolvimento pessoal, a auto-ajuda, a psico-educação, o redescobrir da sexualidade, o relaxamento como forma de diminuir a ansiedade, e a ocupação. E por último desenvolve sessões de preparação para pós alta (Lemos & Gameiro, 2015)

4. Psicomotricidade

A psicomotricidade é uma área de estudo transdisciplinar que se baseia numa visão holística do ser humano estabelecendo uma ponte entre as funções psíquicas e a motricidade, mediadas através do corpo em movimento. A intervenção psicomotora tem por base melhorar a autonomia do indivíduo, promovendo as habilidades de interação com os objetos e com os outros, em diversos contextos. Neste sentido, a psicomotricidade tem em atenção as funções cognitivas, socio-emocionais, simbólicas, psicolinguísticas, e motoras, de forma a promover o movimento intencional, orientado para o objetivo (SRE, 2013 & APP, 2016)

A intervenção psicomotora é realizada em três âmbitos: preventivo, educativo, e reeducativo ou terapêutico, devido às características gerais e individuais dos utentes. A intervenção pode ser realizada no âmbito educativo a fim de promover o potencial de aprendizagem, e no âmbito reeducativo ou terapêutico incidindo em problemas de ordem comportamental, desenvolvimental, para melhorar a participação do indivíduo e a sua qualidade de vida. É de referir, ainda, a terapia psicomotora atua em perturbações ou dificuldades que afetam domínios como a tonicidade, a equilibração, a lateralidade, a noção espaço-temporal, a comunicação verbal e não-verbal, a aquisição da escrita, a percepção visual, auditiva e tátil-cinestésica, a aquisição da escrita, a motricidade global e fina, a sequência e execução do gesto (Leitão, Lombo & Ferreira, 2008).

A psicomotricidade como intervenção abrange várias áreas, sendo de referir não haver um mínimo nem um máximo de idade para este tipo de intervenção. Tendo em conta as características individuais, a intervenção pode ser baseada na promoção da autonomia pessoal e social, através de implementação de programas que visam melhorar as competências cognitivas, sociais e emocionais, com o intuito de melhorar a adaptação

e funcionamento nos diferentes contextos de vida. A intervenção com recurso a atividades motoras visa, ainda, promover um maior bem-estar em contextos de lazer e de recreação promovendo uma participação ativa dos utentes (SRE, 2013 & APP, 2016)

A tabela seguinte expõe os principais âmbitos da intervenção psicomotora: corporal, cognitivo, educacional e relacional (SER, 2013).

Tabela 2- Linhas de atuação de Psicomotricidade (SRE, 2013)

Corporal	Cognitiva	Educativa	Relacional
Potencia a harmonia tónico-emocional, a estabilidade postural e as habilidades psicomotoras.	Desenvolve as funções cognitivas, a organização, simbólica e conceptual.	Trabalha as aprendizagens escolares.	Promove a comunicação e diminui a inibição, a hiperatividade, agressividade, entre outros.

Ainda segundo a SRE (2013), as competências do psicomotricista são:

- A avaliação e diagnóstico do perfil psicomotor;
- O domínio de técnicas e modelos que permitam a habilitação e reabilitação psicomotora de populações especiais ou de risco;
- A implementação e reavaliação de programas de educação e reeducação e terapia psicomotora, de acessibilidade e autonomia pessoal ou de atividade física adaptada;
- A formação/supervisão/orientação de outros técnicos nos âmbitos referidos;
- A organização de serviços, permitindo assim um trabalho mais funcional e articulado, ou seja desenhando a tarefa de consultadoria.

As técnicas utilizadas na intervenção psicomotora, são diversas tais como: a relaxação e a consciencialização corporal; a educação gestual e postural; as técnicas expressivas, motoras/neuromotoras e lúdicas.

Estas técnicas permitem desenvolver ou melhorar as competências psicomotoras: tonicidade, a fim de promover a eutonia; equilibração estática e dinâmica; noção de corpo, discriminação das partes; a lateralidade, dominância de um dos lados, e discriminação entre esquerda e direita; a estruturação espaço-temporal, noção de/no tempo, posição no espaço; motricidade global que engloba movimentos que envolvem recrutamento de grandes grupos musculares, a motricidade fina associada a movimentos que envolvem pequenos grupos musculares, envolvidos em atividades de precisão e como o movimento de pinça, executado pelo polegar oponível (Fonseca, 2007).

Técnicas utilizadas na intervenção psicomotora, adaptado da SRE (2013) e APP (2016):

- Consciencialização corporal e relaxamento
- Expressivas;
- Lúdicas;
- Neuromotoras / Movimentos;
- Educação gestual e postural.

As técnicas expressivas utilizam como recurso a música, a dança, as artes plásticas, o drama, o teatro, os jogos e a escrita, o que permitem estimular as capacidades dos utentes, realizando a manutenção das competências cognitivas, sociais, relacionais e afetivas (Ferraz, 2009).

Em relação às técnicas de relaxação, podemos afirmar que estas auxiliam a racionalização das sensações e percepções do corpo. O objetivo desta técnica é educar ou reeducar para a criação de um estado psíquico pacífico, saudável e equilibrado. A relaxação é baseada numa vivência tónico-emocional, na sua representação não-verbal ou na interiorização e atribuição de significado ou simbolismo, quando mediado por palavras (Martins, 2001). Desta forma, a relaxação permite estabelecer relação entre os pensamentos, os processos fisiológicos, o aumento da consciência fisiológica ou corporal e, ainda, sobre a consciência da realidade interna ou psicológica (Fonseca, 2007).

Em termos gerais a relaxação tem benefícios, tanto físicos como psicológicos. A nível físico: a relaxação permite a reeducação da respiração, aumento dos níveis de oxigénio, aumento de energia, entre outros. A nível psicológico: a relaxação diminui sentimentos de depressão, apatia e impulsividade, melhora o controlo emocional, aumenta concentração e percepção do corpo (Fonseca, 2007).

As estratégias utilizadas têm de ter em conta as características dos utentes, bem como o tipo de sessão: individual ou de grupo. Consoante o tipo de atividades e os participantes, bem como as estratégias usadas, segundo SRE (2013) podem ser utilizadas as seguintes estratégias: instrução verbal, demonstração imitação, feedback e reforço positivo. A instrução verbal consiste em dar normas para a realização de uma tarefa, ou objetivos a alcançar. A demonstração consiste na realização prévia da tarefa e solicitar para ser repetida da mesma forma, sendo acompanhada pela instrução verbal. O feedback possibilita a avaliação do cumprimento dos objetivos propostos inicialmente, sendo utilizado essencialmente pelo psicomotricista na fase da intervenção. O reforço positivo é uma estratégia de manutenção do comportamento, fazendo com que mantenha ou aumente a frequência do comportamento adequado. Nesta estratégia é importante a valorização da individualidade, pois as reações são diferentes, e é essencial reconhecer o esforço de forma a garantir o sucesso (Fonseca, 2010).

A psicomotricidade poderá ainda ser um meio para desenvolver aspetos

relacionados com a consciência corporal, afetos, emoções, comportamentos funcionais, regulados, competências sociais, identidade, e adaptação aos diferentes contextos (Fonseca, 2010). Nas tabelas seguintes apresentamos uma síntese sobre a significação psiconeurológica dos fatores psicomotores segundo Fonseca (2010) bem como um exemplo de base para a planificação das sessões de intervenção dividida por etapas.

Tabela 3 - Significação psiconeurológica dos fatores psicomotores (Fonseca, 2010, p. 114)

Unidade de Funcional	Fatores psicomotores	Sistemas	Substratos anatómicos
1ª Unidade Regulação tónica de alerta dos estados mentais	Tonicidade	Formação reticulada. Sistemas vestibulares e proprioceptivos.	Medula. Tronco cerebral. Cerebelo. Estruturas subtalâmicas e talâmicas.
	Equilibração		
2ª Unidade Receção, análise e armazenamento da informação	Lateralização	Áreas associativas corticais (secundárias e terciárias). Centro associativo posterior.	Córtex cerebral. Hemisfério esquerdo e direito. Lobo occipital (visual). Lobo temporal (auditivo).
	Noção de corpo		
	Estruturação espaço-temporal		
3ª Unidade Programação, regulação e verificação da atividade	Praxia global	Sistema Piramidal Ideocinético. Áreas pré-frontais (áreas 6 e 8). Centro associativo anterior.	Córtex Motor. Córtex pré-(psico)motor. Lobos frontais.
	Praxia Fina		

Tabela 4 – Modelo proposto para a organização de etapas em sessões de psicomotricidade (SRE, 2013)

Diálogo Inicial	Atividades	Diálogo Final
Na primeira fase é realizada uma pergunta aberta, de forma a compreender o estado do utente (e.g. “Como se sente hoje?”). É realizado, também, um breve sumário sobre a sessão anterior, de forma a compreender a necessidade de adaptar alguma atividade planeada. A revisão da sessão anterior permite, ainda, realizar um exercício de memória e compreender importância, atribuída pelo indivíduo.	Nesta segunda fase de atividades planeadas, com objetivos delineados para cada utente são realizadas. As atividades têm níveis diferentes de dificuldade, sendo aconselhado começar de forma crescente, ou seja, começar por atividades com um cariz mais ligeiro e ao longo da sessão mobilizar mais energia. As sessões são planeadas de acordo com as necessidades de cada utente, mas assegurando alguns valores, tais como, a cooperação, e trabalho em equipa. As atividades terminam num momento mais calmo onde o se aplicam exercícios de relaxação.	No fim da sessão é realizada uma reflexão sobre as vivências corporais de forma a permitir a tomada de consciência e verbalização, realização das atividades. O psicomotricista, nesta fase, pode reforçar a participação nas atividades, confirmando se foram alcançados os objetivos escutando o que o utente mais valorizou.

Durante o processo de intervenção reforça-se que devem ser usadas as competências e as áreas mais fortes dos indivíduos, antes de realizar atividades que tenha mais dificuldade, de modo a aumentar as capacidades e auxiliar os pontos mais fracos (Santos & Leite, 2013).

4.1. Intervenção psicomotora nas DID

Na intervenção psicomotora dirigida a indivíduos com DID é fundamental compreender de que forma os fatores psicomotores, tais como tonicidade, equilíbrio, lateralização, e noção do corpo, estão de alguma forma afetados, pois estas alterações dificultam a aprendizagem, mais especificamente através de “dismetrias, discromias e dispraxias”, problemas ao nível da identificação e resolução de problemas, ao nível da recolha de informação e processamento da mesma, da atenção e memória. Em geral, os indivíduos com DID, ao nível da execução motora, apresentam imprecisões de caráter global e fino, dificuldades de execução de tarefas novas e dificuldades de planificação e execução. No que respeita às funções executivas, apresentam algumas dificuldades de fluência verbal, de atenção em várias tarefas, de memória de trabalho relacionada com o controle executivo da codificação, a velocidade de acesso a itens lexicais e a fluência verbal (Danielsson, Henry, Ronnberg & Nilsson, 2010).

As atividades em grupo são importantes, pois servem de banco de ensaio para aprendizagem de skills sociais, promovendo a adaptação a contextos sociais num ambiente controlado, fazendo com que as competências não sejam apenas aprendidas, mas também utilizadas regularmente, promovendo as interações pessoais, possibilitando assim a observação, modelação e reprodução de comportamentos adequados (Fonseca, 2001).

A inclusão dos interesses pessoais é fundamental para a motivação e para a aprendizagem, respeitando o ritmo individual na aquisição de competências. (Leitão, Lombo & Ferreira, 2008).

Em suma, a intervenção psicomotora permite estabelecer a reciprocidade entre os aspetos motores e psíquicos, permitindo desta forma um desenvolvimento global e estimular o potencial de aprendizagem e de adaptabilidade no indivíduo com DID (Fonseca, 2001).

A tabela 5 apresenta alguns exemplos de objetivos associados à intervenção psicomotora, em vários contextos, consultados no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP, 2016).

Tabela 5 - Objetivos de intervenção psicomotora para indivíduos com DID, consultados no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)

Nome	Autor/Ano	Objetivos Gerais da intervenção Psicomotora
A Intervenção Psicomotora e Apoios na DID	(Valente, 2011)	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o tempo de concentração na tarefa • Melhorar as capacidades de autocontrolo • Desenvolver habilidades sociais • Promover a expressão verbal e não-verbal • Aumentar a autodeterminação • Promover a autorrepresentação
A intervenção psicomotora no Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa da CERCILisboa	(Moreno, 2012)	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção de autonomia na higiene pessoal • Aumento de autonomia na alimentação • Manutenção da funcionalidade motora • Desenvolver interesses ao nível ocupacional • Manutenção de interesse nas atividades lúdico-terapêuticas • Aumentar competências sociais
CERCI de Lisboa – Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa	(Afonso, 2013)	<ul style="list-style-type: none"> • Manutenção das capacidades funcionais • Promover a autonomia nas AVD'S • Cooperação e trabalho de equipa • Promoção das interações sociais • Desenvolver competências funcionais
Intervenção Psicomotora na Associação Qe, uma Nova Linguagem para a Incapacidade	(Santos, 2014)	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o equilíbrio • Promover a noção do corpo • Desenvolver a estruturação espaço-temporal • Melhorar a praxia fina • Promover a percepção • Desenvolver a memória • Estimular a atenção
O contributo da Intervenção Psicomotora em Meio Aquático na Qualidade de Vida de Adultos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental	(Jardim, 2015)	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar as capacidades motoras • Promover a consciência corporal • Melhorar a autoestima e resolução de problemas • Promover a participação em atividades de lazer • Melhorar o nível de bem-estar • Promover a qualidade de vida

4.2. Intervenção Psicomotora em Alcoologia

O consumo bebidas alcoólicas tem inerente uma série de comportamentos de risco, podendo estar associado ao contexto em que o indivíduo se insere. Muitos dos consumos exagerados de bebidas refletem, um conjunto de vivências traumáticas para o indivíduo. Desta forma a dependência associada ao consumo de álcool é um comportamento internalizante que vai comprometer domínios físicos, emocionais, comportamentais, sociais e académicos do indivíduo (Camilleri, 2007).

Segundo Parsons (1998), os problemas mais frequentemente observados em alcoólicos, são: os deficits ao nível da memória, o que compromete também a

aprendizagem; o raciocínio abstrato, que dificulta a aquisição e acomodação de novas memórias, refletindo-se em dificuldades ao nível da resolução de problemas. Também é verificado uma lentificação psicomotora, diminuição do processamento de informação e eficiência cognitiva. Desta forma indivíduos com consumos prolongados de álcool, têm maior probabilidade de cometerem erros ou executarem tarefas mais lentamente.

É de referir que o consumo em excesso de álcool, provoca alterações cognitivas, que se tornam mais acentuadas à medida que os consumos se prolongam no tempo. No entanto existem fatores que podem promover a recuperação de competências cognitivas, dependendo de alguns fatores tais como: a severidade dos prejuízos, a idade do indivíduo, os distúrbios desenvolvidos, e a manutenção da abstinência (Cunha & Novaes, 2004).

Existem fatores para além dos mencionados que influenciam o consumo de bebidas alcoólicas, ou seja pessoas descendentes de indivíduos com problemas associados à dependência de álcool tendem a ter uma maior resistência aos efeitos secundários, o que leva a maiores consumos para atingir estados de euforia, embriaguez, sonolência. Os efeitos menos positivos associados ao consumo de álcool podem incluir as náuseas e sensações quinesísticas (p. ex. flutuação). Outro aspeto relevante é a componente genética pois, segundo estudos existe um maior risco de dependência em indivíduos que têm uma resistência aos efeitos mentais psicomotores associados ao consumo de álcool (INSERM, 2003).

Após expor algumas dificuldades apresentadas pelos indivíduos com consumos prolongados e elevados de álcool, torna-se pertinente referir o papel da psicomotricidade como terapêutica. Desta forma, segundo Abeilhau & Reocreux (1992), as sessões de psicomotricidade devem ter componentes que estimulem cognitivamente os participantes propondo dinâmicas estimulantes e acessíveis a todos. As técnicas de relaxamento são também importantes pois promovem uma maior consciência das tensões psíquicas e orgânicas, promovendo uma melhor autorregulação, podendo contribuir para preparar os indivíduos para as exigências da vida quotidiana.

A intervenção psicomotora é importante no processo de recuperação de uma dependência alcoólica, atendendo a que esta, através de experiências corporais e de movimento pode promover as interações sociais, a reaquisição do interesse pelo corpo, sua aparência e suas sensações como fonte de prazer. Em termos gerais podemos considerar que as terapias não farmacológicas, nas quais se insere a psicomotricidade, têm como principais objetivos: desenvolver atividades físicas e de relaxamento; que promovam a expressão e a criatividade; competências relacionais; funções cognitivas que desenvolvam os domínios espaço-temporais, a memória episódica e de trabalho; bem

como vivências facilitadoras de uma tomada de consciência sobre os problemas associados à dependência do álcool; e por último, facilitar a aquisição de estratégias para uma gestão eficaz do stress (SFA, 2015).

Em termos de eficácia de terapêuticas sem recurso a medicação, não existem estudos em número suficiente, de forma a retirar conclusões definitivas em relação às atividades que promovem a reeducação, e prevenção da recaída. Todavia é de referir que a motivação para a mudança e a prática de atividade física poderão contribuir para estabelecer um compromisso para a mudança e aumentar a autoconfiança do indivíduo. No que concerne à eficácia geral das terapêuticas não medicamentosas, estas parecem contribuir para a melhoria da adaptação a situações sociais, da autoestima, e da qualidade de vida (SFA, 2015)

Segundo o programa Exposito (2004) a intervenção psicomotora, em contexto de alcoologia, tem o intuito de promover um trabalho de mediação corporal, onde são implementadas técnicas de relaxamento, incluindo movimentos para a tomada de consciência da contração/relaxamento muscular, toque mediado por objetos, automassagem. Esta proposta de intervenção tem por objetivo melhorar a relação entre o corpo e a mente, sendo que o consumo de bebidas alcoólicas é explicado como uma forma de evitamento das tensões psíquicas. Assim tendo como princípio orientador a exploração das sensações corporais, são trabalhados domínios como o esquema corporal, a imagem do corpo, o tónus, a estruturação espaço-temporal, a coordenação, e o eu corporal.

Segundo Gruchet (2015) a intervenção psicomotora dirigida a problemas de dependência alcoólica deve seguir dois eixos: em primeiro lugar trabalhar os aspetos percetivo-motores e os distúrbios cognitivos, relacionados com os consumos abusivos de álcool; e em segundo lugar a gestão do stress, pois muitas vezes podem observar-se perturbações de ansiedade generalizada. Para trabalhar as questões percetivo-motoras o autor recomenda atividades diversas, nomeadamente, o reconhecimento tátil e visual, mediante atividades como jogos em que o objetivo é identificar semelhanças ou diferenças entre objetos. Ao nível do equilíbrio e das dinâmicas globais de coordenação, o autor recomenda atividades envolvendo jogos e circuitos motores. Em relação às coordenações finas, é referido que podem ser desenvolvidas atividades de expressão plástica, tais como atividades envolvendo a criação de objetos com diversos materiais (p. ex. cerâmica, madeira, azulejo) ou jogos de mesa como o Mikado, o Mastermind, entre outros. Para a reabilitação de distúrbios cognitivos, mais especificamente da memória e raciocínio, funções executivas e atenção podem ser dinamizadas situações envolvendo

jogos motores ou atividades desportivas, sendo que ao nível da orientação espaço-temporal, a utilização de relógios e calendários, entre outro tipo de dispositivos, melhoram a compreensão ao nível da orientação temporal (hora, dia, mês e ano). Ao nível espacial, e reconhecimento do espaço, a utilização de estímulos visuais tais como a colocação de fotografias nos locais onde se realizam as sessões podem facilitar a identificação do espaço e a localização no mesmo. A gestão de stresse é importante pois podem ocorrer em simultâneo sintomas de ansiedade ou de depressão, distúrbios de sono, dificuldades em estabelecer relações sociais, baixa autoestima. Para tal podem ser utilizadas técnicas de relaxamento, tais como o treino autógeno de Schultz, atividades de mindfulness, o relaxamento dinâmico de Jacobson, bem como o biofeedback e a promoção de uma prática de atividade física regular.

5. Casa de Saúde São João de Deus

Este capítulo aborda o enquadramento da instituição⁷, a organização, o espaço, a equipa e o organigrama da Casa de Saúde São João de Deus.

A casa de Saúde São João de Deus, pertence à Ordem Hospitaleira de S. João de Deus que é uma entidade de cariz religioso que tem como princípios:

- Ter como centro de interesse, a pessoa assistida;
- Promover e defender os direitos do doente e necessitado, tendo em conta a sua dignidade pessoal;
- Empenhar-se na defesa e promoção da vida humana;
- Reconhecer à pessoa assistida o direito de ser convenientemente informada sobre o seu estado de saúde;
- Observar as exigências do segredo profissional, fazendo que sejam igualmente respeitadas por todos os que se aproximam dos doentes;
- Opor-se à procura do lucro, observando e exigindo que se não lesem as normas económicas justas;
- Respeitar a liberdade de consciência das pessoas que assiste e a dos colaboradores, exigindo que seja aceite e respeitada a identidade dos nossos centros hospitalares;
- Valorizar e promover as qualidades e o profissionalismo dos colaboradores e estimulando-os a participar ativamente na missão da Ordem;

⁷ Informação consultada no site da instituição, disponível em: <http://isjd.pt/cssjd-funchal/>

- Defender o direito de morrer com dignidade, respeitando e satisfazendo os justos desejos e as necessidades espirituais daqueles que estão prestes a morrer, conscientes de que a vida humana tem um termo temporal.

A sua missão é prestar cuidados de saúde e apoio social humanizados à população em geral, tendo como inspiração o estilo carismático de S. João de Deus, defendendo a excelência técnica e rigor científico.

Esta instituição dá particular atenção aos mais desprotegidos, contando com colaboradores especializados e comprometidos com o princípio de “fazer bem o bem”.

A sua visão é a prestação de cuidados de saúde e de apoio social humanizados e baseados nos princípios da Hospitalidade, que se afirmem pela qualidade.

Desta forma os valores defendidos na Instituição são a Hospitalidade, a Qualidade, o Respeito, a Responsabilidade, e a Espiritualidade.

De acordo com a política de Direitos e Deveres dos Utentes, constituem direitos dos Utentes, adaptado de (Ordem Hospitaleira de São João de Deus, 2016):

1 – Receber assistência para promover: bem-estar físico, mental, social e espiritual.

2 – Receber uma assistência adequada às suas necessidades

3 – Conhecer a equipa responsável, e o tratamento e que está a ser submetido.

4 – Escolha livre de fazer ou não o tratamento disponibilizado.

5 – Dispor do diagnóstico do seu estado de saúde, para que possa tomar decisões ponderadas.

6 – Assistência e tratamento adequados dentro das possibilidades terapêuticas.

7 – Desenvolver medidas preventivas de reabilitação e de educação para a saúde.

8 – Alimentação adequada as necessidades do indivíduo.

9 – Instalação e acomodação com as condições necessárias.

Também constituem direitos dos Utentes:

10 – Assistência espiritual/religiosa.

11 – Dispor de informação geral sobre as normas implementadas.

12 – Respeito pela sua dignidade e integridade física/moral, sem correr o risco de qualquer tipo de discriminação.

13 – Ver preservada a sua intimidade e as suas relações familiares e sociais.

14 – Trato diligente e correto por todos os integrantes.

15 – Formular reclamações, sugestões e observações, em local próprio.

16 – Garantia de confidencialidade sobre os seus dados clínicos e pessoais.

17 – Registo por escrito de todo o processo e, no fim do internamento, obtenção de

informação de alta.

Os familiares ou os representantes legais dos Utentes, em caso de limitação da sua capacidade, têm direito a:

18 – Recusar ou dar o seu consentimento informado para:

- Investigação clínica
- Formação ou docência

19 – Obter informação acerca da natureza da doença, ao utente

20 – Conhecer o tratamento prescrito, a situação e prognóstico da enfermidade do doente.

21 – Obter comprovativos, junto de cada Centro, relativos a duração do internamento.

* Os pontos 19, 20 e 21 devem estar subordinados aos requisitos do segredo profissional.

Os familiares dos Utentes têm o dever de:

22 – Respeitar as regras dos Centros.

23 – Cumprir as normas dos Centros e dos Serviços.

24 – Facultar a informação necessária para o processo de diagnóstico, e assim desenvolver um programa terapêutico e de reabilitação do doente.

25 – Acompanhar regularmente o doente.

26 – Colaborar no programa terapêutico/reabilitador.

São deveres dos Utentes:

27 – Participar ativamente, dentro das suas capacidades e possibilidades, no seu processo de diagnóstico, tratamento/reabilitação.

28 – Fornecer dados que lhe sejam solicitados referentes à sua enfermidade.

29 – Declarar qualquer processo infeccioso que possa supor perigo para si ou para terceiros.

30 – Observar e cumprir prescrições e indicações do pessoal técnico relativas à sua saúde.

31 – Cumprir as normas internas.

32 – Respeitar a dignidade e integridade de todos.

33 – Fazer uso responsável dos espaços.

34 – Respeitar o ideário dos Centros.

Os direitos e os deveres dos utentes têm de estar devidamente enquadrados pelas limitações decorrentes do bom funcionamento dos Serviços e pela natureza da doença (Ordem Hospitaleira de São João de Deus, 2016)

Numa perspetiva histórica, a Casa de Saúde de São João de Deus, situada no

Funchal tem as primeiras referências datadas do séc. XVII, sendo conhecida pela Quinta do Trapiche, pertencente à família Gouveia. Em 1907, surgem referências à sua propriedade por D. Maria Paula Rego que a prometeu por intermédio do Bispo do Funchal (D. Manuel Barreto) à Ordem de São João de Deus, com o intuito de construir uma casa de saúde para doentes mentais. Para tal foi pedido aos irmãos da ordem Hospitaleira que se deslocassem à Madeira. Em 1920 os irmãos da ordem hospitaleira voltam à Madeira, na possibilidade de lhes ser atribuída a alçada do Manicómio Câmara Pestana. Pela morte da antiga proprietária da Quinta do Trapiche, a 22 de fevereiro de 1922, os irmãos António Maria Rodrigues, e Manuel Maria regressam à Madeira tendo em mente a possibilidade de criar então uma instituição. O primeiro utente da Casa de Saúde de São João de Deus foi admitido a 19 de outubro de 1923. A 21 de maio 1924 são recebidos 38 utentes do género masculino provenientes do Manicómio de Câmara Pestana, ficando a partir dessa data, a Casa Saúde de São João de Deus responsável por receber utentes do género masculino.com problemas do foro da saúde mental.

É de referir que a Casa De Saúde de São João de Deus apenas é inaugurada oficialmente a 10 de agosto de 1924, quando já se encontrava em funcionamento, e que o número máximo atingiu 506 utentes em regime de internamento em 1976.

Assim sendo, a Casa de São João de Deus está vocacionada para a assistência de pessoas do sexo masculino da Região Autónoma da Madeira, bem como pessoas que se encontrem a residir temporariamente ou de visita na região, sendo admitidas mulheres no seu Centro de Recuperação de Alcoologia.

A instituição situa-se na freguesia de Santo António, concelho do Funchal – Madeira. É um estabelecimento de saúde nas áreas da psiquiatria, dependências, reabilitação psicossocial, e saúde mental, contando com cerca de 150 colaboradores.

É de referir que a instituição preocupa-se com o bem-estar dos seus utentes e das suas famílias, tentando sempre acompanhar as transformações demográficas e sociais, implementando como princípios internos a liderança, os direitos, a ética, e os recursos humanos, de forma a promover uma melhor da qualidade de vida para os seus utentes, através de um trabalho contínuo que promova a aquisição ou reaquisição de competências, sempre com a preocupação de fazer a ponte com a sociedade, e fomentando a reintegração social.

Atualmente, dispõe de 270 camas, distribuídas pela unidade de agudos, centro de recuperação de alcoologia, unidades de reabilitação psicossocial (Coragem, Caminho, Lucena, e Elvira) e quatro unidades de evolução prolongada.

Para além destas unidades existe uma residência inserida na comunidade, com

capacidade para 6 utentes, pertencentes à unidade Estrelícia e, ainda, uma Unidade de Psicogeriatria.

Na Casa de Saúde são desenvolvidas várias atividades no âmbito da prevenção da doença, reabilitação do indivíduo com doença mental, promoção da saúde e do tratamento, sendo de especial interesse para o âmbito do estágio as seguintes unidades:

Centro de Recuperação de Alcoologia (Unidade Ricardo Pampuri), que entrou em funções em 1979, tendo como objetivo principal a desintoxicação orgânica e a reabilitação familiar, social e psicológica do utente, ajudando na recuperação da dependência alcoólica. A intervenção realizada tem por base um programa interdisciplinar com uma duração de quatro semanas, assentes em estratégias como: dinâmicas de grupo, psico-educação e desenvolvimento pessoal, com o intuito de desmistificar o alcoolismo, promovendo um maior conhecimento sobre o problema e motivando os doentes para a recuperação física, cognitiva, social e emocional. A Unidade Ricardo Pampuri tem como principal intuito, a prevenção, a reabilitação e o tratamento de indivíduos com dependência alcoólica, através de programas intervenção, reuniões, e jornadas. A intervenção prestada neste serviço está assente em três vertentes, ou seja, a medicação para a desabitação física e para a terapêutica da doença, psicoterapias individuais e grupais, com o intuito de promover o desenvolvimento pessoal, a autoajuda, a psico-educação, o redescobrir da sexualidade, o relaxamento como forma de diminuir a ansiedade, e a ocupação. E por último sessões de preparação para pós alta (Lemos & Gameiro, 2015)

- **Internamento de Evolução Prolongada** (Unidade de São Lucas) - Esta unidade é destinada a utentes que têm poucas possibilidades de serem reintegrados socialmente. É uma unidade com 27 camas, destinadas a utentes “*Portadores de Doença Mental de Evolução Prolongada*”, ou seja, utentes que têm dificuldades nas mais diversas atividades, necessitando de apoio nas atividades de vida diária (AVD’S).

Esta unidade está inserida no âmbito da reabilitação psicossocial, cuja intervenção visa atingir o maior grau de autonomia possível do utente, procura melhorar a qualidade de vida e potenciar o direito à cidadania, através de ações ao nível sócio-ocupacional (ateliês de ocupação e ateliês de atividade produtivas), residencial, promovendo a reinserção familiar e comunitária, a formação profissional e o exercício profissional. A prestação de serviços a este nível inclui respostas em unidades residenciais de treino (transição) e unidades de vida, intrainstitucionais e comunitárias, no âmbito dos cuidados

continuados de Psiquiatria e Saúde Mental;

Para a prestação de serviços, a Casa de Saúde de São João de Deus conta com uma vasta equipa multidisciplinar e interdisciplinar composta por:

- Diretor do Estabelecimento: Enf.º João Eduardo Freitas Lemos
- Diretor Clínico: Dr. Luís Filipe Santos Fernandes
- Diretor Enfermagem: Enf. Manuel António Batista Freitas
- Diretor Administrativo Dr. Luís Miguel Xavier Ribeiro
- Responsável pelo serviço Pastoral, Saúde e Animação: Dr.ª. Rute Marina Sá Freitas
- Superior da Comunidade dos Irmãos: Ir. Horácio Martins Monteiro

Dentro da vasta equipa de profissionais que trabalham na instituição, podemos encontrar médicos, com especialidade em psiquiatria, neurologia, medicina interna, gastroenterologia; enfermeiros, especialistas em saúde mental, psicólogos, técnico de serviço social, capelão, monitores, colaboradores auxiliares, professores, farmacêutico, técnico de farmácia, terapeuta ocupacional, e nutricionista. Também existem pessoas que colaboram e que não fazem parte da estrutura orgânica como é o caso dos parceiros, e dos voluntários.

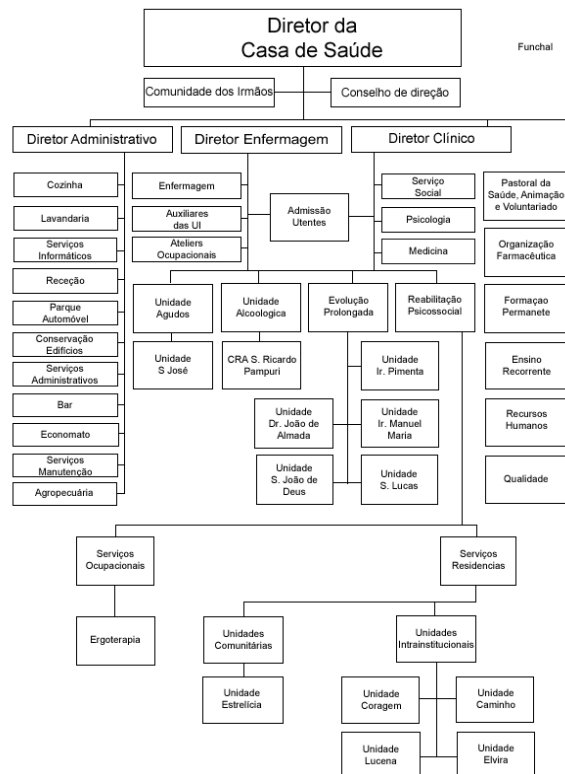


Figura 2 - Organograma da Casa São João de Deus (Fonte <http://isjd.pt/cssjd-funchal/>)

Parte 2 – Realização da Prática profissional

Esta parte é referente a intervenção realizada pelo psicomotricista na Casa de Saúde São João de Deus. Inicialmente é descrita a metodologia utilizada, os instrumentos de avaliação (ECA, EPR, BPM, SF-36 e URICA) e o calendário das atividades realizadas ao longo do estágio. Seguidamente é descrita a intervenção psicomotora e a intervenção efetuada na unidade de internamento de evolução prolongada e no centro de recuperação de alcoologia desta instituição. Após a descrição da intervenção é feita uma análise de resultados obtidos através da avaliação realizada e uma análise SWOT que pretende discutir o impacto da nossa intervenção nestes dois contextos.

1. Metodologia

Neste capítulo é apresentada a fundamentação metodológica da prática de intervenção psicomotora realizada.

Inicialmente, definiu-se a natureza e os objetivos que nortearam a realização deste estágio. De seguida, justificou-se a metodologia utilizada e as opções tomadas, tendo em atenção os objetivos propostos para o estágio por forma a identificar os benefícios de uma intervenção regular em psicomotricidade. Para a concretização deste estágio foram seguidos alguns passos:

- 1º Revisão da literatura sobre a qualidade de vida, o alcoolismo, as dificuldades intelectuais e desenvolvimentais (DID) e a psicomotricidade;
- 2º Enquadramento no espaço institucional, conhecimento da equipa, contextos possíveis de intervenção, estabelecimento de necessidades prioritárias para a intervenção psicomotora, seleção de uma população-alvo;
- 3º Conhecimento informal e estabelecimento de relação empática com utentes, definição de instrumentos formais de avaliação e aplicação de uma avaliação inicial;
- 4º Definição de áreas prioritárias de intervenção, estabelecimento de objetivos, planificação da intervenção e implementação da intervenção;
- 5º Avaliação final;
- 6º Tratamento dos dados;
- 7º Discussão de resultados;
- 8º Redação do relatório.

Deste modo, os objetivos globais do estágio são: identificar o impacto da

intervenção psicomotora ao nível do desenvolvimento de competências psicomotoras, sociais, emocionais e cognitivas de um grupo de utentes da Casa de Saúde São João de Deus. O objetivo deste estágio prende-se assim com a possibilidade de verificar se a aplicação de um plano de intervenção psicomotora, contemplando atividades adequadas às dificuldades e necessidades dos utentes, facilita um funcionamento independente e um comportamento adaptativo na sua relação com os domínios psicomotores como a tonicidade, equilíbrio, organização espaço temporal e praxias globais e finas.

2. Instrumentos de avaliação

De uma forma geral a adoção dos instrumentos de avaliação foi realizada tendo em consideração a população apoiada, nas duas unidades pertencentes À Casa de Saúde São João de Deus onde o estágio foi realizado.

Na intervenção com os utentes da Unidade de Evolução Prolongada foram utilizadas as escalas: ECA, EPR e BPM. Estas escalas foram aplicadas em dois momentos, sendo estas aplicadas pelo psicomotricista.

Na intervenção no Centro de Recuperação de Alcoologia os instrumentos de avaliação, aplicados em dois momentos foram as escalas SF-36 e URICA. Estas escalas foram aplicadas pela equipa multidisciplinar deste centro, sendo posteriormente os dados disponibilizados ao estagiário. De seguida passamos a descrever os instrumentos anteriormente assinalados,

2.1 Escala de Comportamento Adaptativo (ECA) – versão portuguesa (Santos & Morato, 2004)

A ECA foi criada com objetivo de identificar e avaliar a independência pessoal e desempenho em sociedade do indivíduo, tendo em conta o seu ajustamento social, procurando medir a capacidade do indivíduo se adaptar e ajustar às diversas situações, (o seu comportamento adaptativo). A ECAP é uma revisão da escala de comportamento adaptativo aferida para a população portuguesa (Santos & Morato, 2004).

Este instrumento de avaliação tem o intuito de identificar as áreas fortes e menos fortes do indivíduo, permitindo assim que sejam elaborados planos habilitativos que respondam às suas necessidades específicas, possibilitando que o indivíduo participe ativamente e em plenitude no contexto que se insere (Santos & Morato, 2004).

A ECAP destina-se a indivíduos com idades compreendidas entre os 6 e os 60

anos de idade (Santos e Morato, 2012). Esta escala não tem como base apenas os conteúdos académicos aprendidos pelos indivíduos, mas também situações de vida quotidiana, que permitem que o indivíduo reúna as condições necessárias para ser um membro participante na sociedade onde está inserido, de acordo com a sua individualidade. Esta escala está dividida em duas partes, sendo que a primeira avalia as competências de independência pessoal e segunda parte avalia os comportamentos desviantes (Lambert, Nihira e Leland, 1993). De referir que esta escala está já validada e normalizada para a população portuguesa.

Esta escala tem 4 objetivos fundamentais:

- averiguar as áreas fortes e as áreas fracas;
- identificar indivíduos com áreas do comportamento adaptativo abaixo da média quando comparado com os pares da mesma idade;
- acompanhar a evolução do indivíduo após a implementação de uma intervenção;
- avaliar o comportamento adaptativo para efeitos de pesquisas.

2.1.1. Domínios da ECA

De seguida serão expostos e desenvolvidos os 18 domínios pertencentes à ECA, sendo de referir que esta escala possui duas partes, a primeira até ao domínio 10, dizem respeito às várias atividades do dia-a-dia, a segunda do domínio 11 ao 18, diz respeito aos comportamentos disruptivos, sendo enunciados de seguida (Santos & Morato, 2004).

1. Autonomia - o domínio da autonomia está dividido em vários pontos: a alimentação, no qual os indivíduos podem obter uma pontuação máxima de 22; utilização da casa de banho, com pontuação máxima de 12; higiene, com pontuação máxima de 23; aparência, com pontuação máxima de 15; cuidados com vestuário, com pontuação máxima de 22; deslocação, com pontuação máxima de 16; outros itens de autonomia, com valor máximo de 16; perfazendo um máximo possível no domínio da autonomia de 126. É de referir que as atividades que promoveram a melhoria dos itens mencionados estão relacionadas com o treino de atividades de vida diária, nomeadamente a atividade do lanche, atividade de lavagem das mãos e cara antes do início de sessão e os circuitos psicomotores no qual tinham de respeitar as cores para se moverem durante o trajeto, sendo de mencionar que todas as atividades poderão ter um contributo para a melhoria e manutenção das capacidades;

2. Desenvolvimento Físico – o domínio do desenvolvimento físico,

encontra-se dividido em dois pontos, o ponto do desenvolvimento sensorial, no qual os utentes podem obter um valor máximo de 6 valores, sendo de referir que todos os casos, obtiveram cotação máxima, ou seja, vêem e ouvem sem dificuldades. O segundo ponto diz respeito ao desenvolvimento motor no qual os utentes podem obter um score máximo de 32. Desta forma, os utentes podem obter um score máximo no domínio do desenvolvimento físico de 38. Foram desenvolvidas várias atividades, que promovem a aquisição deste tipo de competências, na sua maior parte as atividades desenvolvidas na sala multifunções;

3. Atividade Económica - no que diz respeito às atividades económicas, os utentes não utilizam dinheiro, sendo que todas as atividades económicas são centradas nos serviços, tendo os utentes contas correntes, internas. É de referir que neste domínio os utentes podem obter um score máximo de 30. A fim de melhorar o conhecimento e contactar com dinheiro, foi feito em sessão de sensibilização e demonstração de como se utiliza o dinheiro, com recurso a moedas e notas de demonstração, a fim de não correr o risco da ingestão das mesmas;

4. Desenvolvimento da Linguagem - no domínio do desenvolvimento da linguagem está inerente a forma como o indivíduo fala, escreve, expressa, e comunica socialmente;

5. Números e Tempo - este domínio é constituído por 3 subdomínios: números, tempo, conceito de tempo com score máximo possível de 20;

6. Atividade Doméstica - no presente domínio, é relevante referir que os indivíduos não executam qualquer tarefa doméstica, à exceção de levantar mesa com copos inquebráveis;

7. Personalidade - este domínio tem como subdomínios a iniciativa e a perseverança, inerente ao cumprimento de uma dada tarefa;

8. Atividade Pré-Profissional - este domínio diz respeito à complexidade da tarefa, desempenho do trabalho, e hábitos de trabalho;

9. Ajustamento Social - no que respeita ao ajustamento social, procura-se verificar se existe inatividade, apatia, timidez, posturas e maneirismos particulares, que dificultem a sua participação no meio;

10. Socialização - em relação à socialização, os indivíduos apresentam diversas dificuldades ao nível da interação e do trabalho de equipa;

11. Comportamento Social - no domínio do comportamento social procura-se verificar se o indivíduo tem respostas violentas ou agressivas para com os outros, tendo também o intuito de compreender se estes atos dizem apenas respeito à

interação entre ele e os outros, ou se este também incentiva comportamento disruptivos pelo grupo. Também é verificado se existe utilização de linguagem agressiva, fraca tolerância a frustração, e comportamentos que interrompam as atividades do grupo.

Comportamentos Desajustados - 2ª parte

A segunda parte da escala de comportamento adaptativo avalia os comportamentos ditos desviantes, que se traduzem em fatores que dificultam a adaptação ao contexto ecológico em que o indivíduo participa, manifestando-se ao nível comportamental. Na segunda parte, o valor ótimo em cada um dos itens é representado por zero (nunca - 0), o que corresponde a inexistência ou não ocorrência de um comportamento desajustado, (ocasionalmente - 1) quando um comportamento é observado até 3 vezes por semana, e (frequentemente - 2) quando um comportamento desajustado ocorre mais de 3 vezes por semana;

12. Conformidade - o domínio da conformidade diz respeito ao cumprir tarefas, que lhe são incumbidas, verificando-se na resistência à realização da tarefa, ou no executar da tarefa;

13. Merecedor de Confiança - neste domínio é verificado se indivíduo respeita os outros, bem como as propriedades tanto próprias como alheias. Tem em conta também se o sujeito mente e engana, a fim de obter algum tipo de ganho;

14. Comportamento Estereotipado e Hiperativo - este domínio refere-se a comportamentos estereotipados, relações interpessoais desadequadas, hábitos vocais e discurso perturbador, hábitos orais desadequados, e tendências para hiperatividade;

15. Comportamento Sexual - ao nível do comportamento sexual, procura-se verificar se os indivíduos têm comportamentos adequados, desde o remover a roupa e expor o corpo em local desadequado, masturbar-se em local inadequado, e ter comportamentos sexuais inaceitáveis do ponto de vista social;

16. Comportamento Auto Abusivo - no presente domínio, são verificadas as ocorrências de hábitos e tendências excêntricas, as autoagressões e os hábitos estranhos ou inaceitáveis;

17. Comportamento Interpessoal Perturbado - o comportamento interpessoal perturbado diz respeito a lidar com a opinião dos outros e reconhecer as suas capacidades, tendo em conta as questões emocionais;

18. Responsabilidade - o domínio da personalidade é composto por 3 itens que fazem referência aos objetos pessoais, a responsabilidade geral e responsabilidade pessoal.

Em relação a aplicação da ECA, foi efetuada com recurso a observação direta

dos indivíduos, em ambos os momentos de aplicação.

2.2 Escala Pessoal de Resultados (EPR) (Simões & Santos, 2012)

A Escala Pessoal de Resultados (EPR) pretende avaliar a qualidade de vida dos indivíduos com DID, através de 8 domínios que se dividem em 3 fatores respetivamente, segundo (Schalock, Bonham, Verdugo, Fantova & Loon 2008):

- desenvolvimento pessoal e autodeterminação, inerente ao nível de independência pessoal;
- relações interpessoais, inclusão e direitos, relacionadas com a participação social do indivíduo;
- bem-estar emocional, físico e material, que vai de encontro ao bem-estar geral do indivíduo.

Os oito domínios dividem-se em 6 perguntas por grupo, sendo de referir que existem dois questionários dentro da escala: um dirigido à pessoa a quem está a ser aplicada, outro a uma pessoa que lide com o indivíduo a quem está sendo aplicada a escala (por observação direta). A EPR é composta por duas partes como já foi referido, cada uma delas constituída por 48 questões de opinião pessoal, com um formato tipo (Simões & Santos, 2012).

A EPR deve ser aplicada por um profissional com experiência nas DID, assim como compreender os princípios fundamentais da qualidade de vida, tendo sempre em conta as opiniões, gostos, sentimentos e cultura do indivíduo (Simões & Santos, 2012).

Em relação ao tipo de pontuação efetuada, é solicitado que o indivíduo atribua pontuação a cada item. Caso a pessoa esteja impossibilitada ou não consiga responder, as respostas devem de ser dadas por alguém que o conheça bem como: membros da família, amigos próximos, ou equipa técnica que o segue. Todos os itens da escala devem de ser cotados, devendo ser classificados tendo em conta o seguinte quadro (Simões e Santos, 2012).

A cotação após entrevista, é atribuída de seguinte forma descrita na tabela 21.

Tabela 6 - Descrição das ocorrências da EPR (Simões & Santos, 2012).

Escala	Pontuação
Mais à esquerda	3 pontos
Meio	2 pontos
Mais à direita	1 pontos

Posteriormente será realizada uma análise geral dos resultados obtidos na EPR,

nos 4 casos. De forma genérica, os valores obtidos na observação direta foram inferiores, aos dados recolhidos através da entrevista ao utente e enfermeira de serviço.

2.3 Bateria Psicomotora

A Bateria Psicomotora (BPM) de Vítor da Fonseca (1975), permite obter um perfil psicomotor. Sendo destinada a crianças até aos 12 anos, esta reflete o grau de organização neurológica, segundo o modelo Luriano que, segundo o seu autor está associado ao potencial de aprendizagem. Desta forma a BPM permite identificar dificuldades de aprendizagem, podendo também ser aplicada a adultos e gerentes, pois as alterações psicomotoras ocorrem a longo da vida. (Fonseca, 2010).

A BPM é uma escala de observação que se decompõe em sete fatores psicomotores: tonicidade, equilíbrio, lateralização, noção do corpo, estruturação espaço-temporal, praxia global e praxia fina, subdivididos em vinte e seis subfactores, permitindo verificar os comportamentos ajustados e não estereotipados (Fonseca, 2010).

As tarefas a executar na bateria permitem identificar o grau de maturidade psicomotora, assim como detetar sinais desviantes, mais precisamente através da observação das estruturas tónico-musculares, o controlo vestibular e proprioceptivo, postural, a segurança gravitacional, o equilíbrio estático e dinâmico, a lateralização manual, pedal, e visual, a somatognosia e o grau de organização corporal, envolvendo os construtos táctil-quinestésicos, a orientação espacial, a memória auditiva, a dissociação/planificação/sequencialização de movimentos globais e finos. Também é possível verificar com a aplicação desta bateria a funções inerentes à memória como é o caso da aquisição e processamento de informação, a atenção, a estrutura cognitiva e o comportamento emocional (Fonseca, 2010).

A BPM é constituída por 42 tarefas, estando divididas por 11 itens, dos quais 4 dizem respeito a características do indivíduo: aspetos somáticos; desvios posturais; controlo respiratório; e a fatigabilidade. Os restantes 7 itens são relativos aos fatores psicomotores referidos anteriormente. A avaliação irá permitir estabelecer um perfil psicomotor, que é calculado pela média obtida em cada fator e pela pontuação média total.

A cotação máxima possível é de 28 pontos, o que representa uma pontuação de 4 pontos na média de todos os itens. Pela mesma razão o valor mínimo possível é de 7 pontos. Desta forma, é possível classificar o perfil psicomotor segundo o resultado

obtido, ou seja estabelecendo 5 níveis mediante a pontuação obtida: 7-8 pontos (deficitário), 9-13 pontos (aprático), 14-21 pontos (normal); 22-26 pontos (bom); 27-28 pontos (superior) (Fonseca, 2010).

Segundo Fonseca (2010) cada perfil pode ser caracterizado por:

- Perfil deficitário e aprático – caracterizado por uma realização imperfeita, descoordenada e incompleta das tarefas propostas;
- Perfil disprático – caracterizado pelas dificuldades no controlo com sinais desviantes em diversos fatores, sendo que alguns fatores podem estar integrados e organizados;
- Perfil eurprático ou normal – caracterizado por um controlo adequado ao nível do desempenho das tarefas, podendo haver alguma imaturidade ou imprecisão em algum subfactor;
- Perfil hiperprático ou superior - caracterizado por uma realização perfeita, controlada, económica e harmoniosa de todas as tarefas, o que se traduz numa organização psiconeurológica normal.

Com base nos resultados obtidos, podem ser retiradas conclusões em relação aos comportamentos manifestados, e à significação psiconeurologia, de forma a informar sobre as estratégias interventivas a implementar (Fonseca, 2010).

Neste caso em específico, a BPM foi aplicada a adultos, mais especificamente aos casos em estudo, a fim de verificar quais as áreas psicomotoras afetadas, possibilitando assim a construção de atividades adequadas às necessidades dos indivíduos, que permitam melhorar a sua capacidade adaptativa, e verificar a evolução apresentada pelos mesmos, após intervenção

É de referir que não foi possível efetuar algumas das tarefas que envolviam o toque, mais especificamente na tonicidade, ao nível da extensibilidade, nos membros superiores e inferiores, sendo atribuído neste parâmetro 1 ponto. Na questão do equilíbrio, a fim de ser possível efetuar a tarefa, foi montada uma trave com 1,5 m de comprimento feita com bases de paletes.

2.4 University of Rhode Island Change Assessement (URICA)

A escala University of Rhode Island Change Assessement (URICA) foi desenvolvida para avaliar os estádios motivacionais, assim como a motivação do indivíduo para a mudança. Esta foi inicialmente desenvolvida para a dependência do tabaco, e apresentava 165 itens. Atualmente a escala é utilizada para avaliação de todo

o tipo de problemas com substâncias que provocam dependência, e possui 3 versões com 32, 28, 24 itens. Esta escala apresenta uma boa robustez estatística, e por consequência uma boa robustez interna, o que permite ter boas propriedades de previsão (Oliveira, Ludwig, Moraes, Rodrigues & Fernandes, 2014; Szupczynski, & Oliveira, 2008).

A escala tem como base o modelo transteórico de mudança (MTT), que explica os estados motivacionais, descritos como (Oliveira et al., 2014):

- Pré-contemplação
- Contemplação
- Ação
- Manutenção

A URICA é composta por 32 itens, com resposta tipo likert, tendo 5 pontos distribuídos pelos 5 tipos de resposta possível, da seguinte forma:

Tabela 7 – Pontos de resposta da escala URICA

1	Discordo totalmente
2	Discordo
3	Indeciso
4	Concordo
5	Concordo totalmente

Através dos valores obtidos nos diferentes itens podemos verificar como se encontram os estados motivacionais dos indivíduos, assentes no modelo já referido. Desta forma existem perguntas chave para cada um dos quatro estados motivacionais, que se dividem ao longo dos 32 itens da seguinte forma (Lopes, Prieto, Delgado, Gamito & Trigo, 2011):

Tabela 8 – Correspondência de itens ou estágio motivacional

Estado motivacional	Itens da escala
Pré-contemplação	1,5,11,13,23,26,29,31
Contemplação	2,4,8,12,15,19,21,24
Ação	3,7,10,14,17,20,25,30
Manutenção	6,9,16,18,22,27,28,32

As pontuações obtidas variam entre 8 e 40 em todos os estádios, sendo possível verificar quais os estádios mais fortes no momento da aplicação, verificando-se desta forma em que estágio do ciclo motivacional o indivíduo se encontra (Lopes et al., 2011).

2.5 SF-36

A SF-36 foi desenvolvida pela Medical Outcomes Study (MOS), mais propriamente por John Ware e equipa, com o intuito de criarem um instrumento de aplicação rápida e simples e que permitisse uma monitorização contínua de resultados, tendo um boa robustez psicométrica. Começou por ser desenvolvida através de uma bateria de questionários que incluía 40 conceitos relacionados com a saúde. (Ferreira, 2000).

A SF-36 contém 11 questões e 36 itens, que exploram oito dimensões do estado de saúde, representativos dos valores básicos inerentes a funcionalidade e ao bem-estar, permitindo assim verificar o estado físico e mental de cada indivíduo (Ferreira, 2000; Ferreira, Ferreira & Pereira, 2012; Pimenta, Simil, Torres, Amaral, Rezende, Coelho & Rezende, 2008).

Os domínios inerentes à escala SF-36, segundo Ferreira (2000) são:

- Função física – compreende atividades com graus de exigência e simplicidade diferentes.
- Desempenho físico e emocional – compreende o tipo e quantidade de trabalho/tarefas realizadas.
- Dor física – corresponde a intensidade e dor sentida, atendo a como esta pode limitar as atividades diárias.
- Saúde em geral – avalia o estado de saúde global.
- Vitalidade - permite tirar relações acerca da vitalidade e fadiga do indivíduo
- Função social - verifica se o indivíduo tem relações sociais em quantidade e qualidade.
- Saúde mental - este domínio é relativo a dimensões da saúde mental como a ansiedade, a depressão, a perda de controlo comportamental ou emocional e o bem-estar

Estes domínios podem ser agrupados em dois grandes grupos que são a saúde física a saúde mental (Ferreira, 2000).

Este questionário dividido em 8 domínios como já foi referido, compreende 36

itens que se dividem da seguinte forma: 10 itens correspondentes à capacidade funcional, 4 itens inerentes aos aspetos físicos, 2 itens para a dor, 5 itens para a saúde geral, 4 itens para a vitalidade, 2 itens para os aspetos sociais, 3 itens para os aspetos emocionais, e 5 itens para a saúde mental, e ainda uma questão comparativa entre a situação atual de saúde em relação há um ano atrás (Pimenta et al., 2008).

Em termos de cotação dos domínios os valores após aplicação não são utilizados diretamente tendo que ser transformados num valor que varia em entre 0-100, sendo de referir que 0, é o pior resultado possível e 100, o melhor resultado possível. Para tal existe a necessidade de efetuar a conversão de valores atribuídos através da seguinte expressão (Ferreira, 2000; & Pimenta et al., 2008).

Transformação do Resultado obtido no SF 36 = ((Soma – Min) / (Max – Min)) * 100

O somatório é referente ao total de cada domínio. O Min. é o valor mais baixo apresentado no domínio, e o Max. é o valor mais alto apresentado no domínio (Ferreira, 2000).

Este questionário é de aplicação rápida, sendo considerado um instrumento apropriado para avaliar situações de doença crónica (Costa, Melo, Nóbrega, Dantas, Macêdo, Medeiros, Costa, Mendes & Torres, 2010).

3. Calendário de atividades desenvolvidas ao longo do estágio

O estágio curricular contou com um total de 672 horas presenciais, sendo de referir que o estágio foi desenvolvido durante segunda, terça e quarta durante o calendário académico, com uma duração diária de 7 horas e por consequência 21 horas semanais.

Por vezes foi necessário fazer alteração deste horário devido a feriados, para que fosse possível cumprir as tarefas planeadas para a semana. Nas tabelas seguintes apresentamos o calendário das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, bem como o horário semanal do estágio e a organização diária da nossa intervenção.

Tabela 9 - Calendário das atividades desenvolvidas no estágio

	Set.	Out.	Nov.	Dez.	Jan.	Fev.	Mar.	Abr.
Pesquisa bibliográfica	X	X	X	X	X	X	X	X
Observação	X	X	X	X				
Primeira aplicação das escalas				X				
Intervenção psicomotora					X	X	X	X
Segunda aplicação das escalas								X

Tabela 10 – Horário semanal

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã 9h -13h	X	X	X		
Tarde 14h -17h	X	X	X		

Tabela 11 – Organização diária das atividades de estágio

	Segunda	Terça	Quarta
9:00-10:00	Reunião de equipa	Acompanhamento das atividades ocupacionais em atelier	Acompanhamento das atividades ocupacionais em atelier
10:00-11:00		Atividade “Lanche”	Atividade “Lanche”
11:00-12:00	Reunião orientadora	Sessão de grupo do centro de alcoologia	Acompanhamento dos utentes à Missa
12:00-13:00			
14:00-15:00	Sessão individual S. Lucas	Sessão de grupo de São Lucas	Sessão de grupo do centro de alcoologia
15:00-16:00		Sessão ginásio	
16:00-17:00			

Foram ainda realizadas atividades de caráter pontual que de seguida descrevemos brevemente:

- 1 de outubro de 2014 - Atividade do Dia do Idoso. Foram desenvolvidas uma série de atividades em conjunto com as instituições convidadas de forma a promover uma competição saudável entre as mesmas. Realizaram-se jogos em que o estagiário esteve responsável por uma das atividades, o bowling. Estas atividades permitiram aos utentes o contato com pessoas não inseridas na Casa de Saúde São João de Deus, experiência de atividades fora da rotina e aprendizagem sobre regras e condutas.
- 17 a 22 de outubro - II Feira de Saúde Mental. Esta feira foi promovida pela AFARAM, onde se efetuou um ciclo de conferências nas quais os técnicos e utentes expuseram as suas experiências pessoais. Também realizou-se uma venda de objetos, estando o estagiário destacado neste projeto no dia 18 de outubro na venda dos produtos artesanais produzidos pela instituição e participação no ciclo de conferências.
- 8 de novembro - Magusto na Casa, com participação de todos os utentes, o estagiário esteve no acompanhamento e deslocação para o jardim de São Lucas (jardim interno da instituição) e na distribuição de castanhas. Esta atividade promoveu a socialização dos utentes e a noção espaço-temporal.
- 10 de novembro - Acompanhamento no passeio com utentes da instituição a fim de observarem a requalificação da orla marítima do Funchal, de modo a incentivar a

atividade física, promoção da qualidade de vida, participação na sociedade.

- 9 de dezembro - Inauguração e apresentação da requalificação da unidade de São José (unidade de agudos). Apresentação do livro sobre a Casa de São João de Deus de Aires Gameiro.
- 21 de dezembro - Festa de Natal com participação dos utentes na peça de teatro, e participação de grupos oriundos de outras instituições. O estagiário esteve na preparação dos utentes participantes da peça de teatro. Esta atividade proporcionou o convívio e visita de familiares.
- 6 de janeiro – Acompanhamento nas visitas aos presépios da Casa, onde os utentes participaram na execução dos mesmos e atribuição de prémios, contribuindo para uma competição saudável.
- 9 de janeiro - Visita a presépios fora da Casa de Saúde São João de Deus, de modo a desenvolver skills de participação na sociedade.
- 12 de fevereiro – Carnaval. O estagiário participou na elaboração dos trajes. Estiveram presentes trupes vindas de outras instituições.
- 8 de março - Dia de São João de Deus, celebração com missa, em que o estagiário encaminhou os utentes e participou no ofertório.
- 30 de março a 5 de abril - Novenas e Páscoa hospitaleira, participação das unidades nas missas, onde o estagiário realizou leituras religiosas.
- Participação e observação em todas as primeiras quartas de cada mês na reunião mensal de alcoologia onde eram partilhadas histórias e experiências de vida. Esta observação permitiu um melhor conhecimento sobre as problemáticas individuais.

4. Intervenção do Psicomotricista na Casa de Saúde São João de Deus

A intervenção incluiu sessões para os utentes das unidades:

- a. Centro de Recuperação Alcoólica
- b. São Lucas (unidade de internamento prolongado)

Maioritariamente, as sessões tiveram caráter semanal e bissemanal, consoante o grupo terapêutico, com uma duração de 60 minutos. Os locais de realização das sessões foram o pavilhão multifunções e sala multifunções de S. Lucas.

A intervenção psicomotora foi realizada em contexto individual e grupal entre Janeiro e Abril de 2015. Para as sessões de psicomotricidade, foram encaminhados 4 utentes provenientes da unidade de São Lucas em Dezembro, com diagnóstico de DID,

associado a outras comorbilidades. Também foram encaminhados 91 utentes provenientes do centro de recuperação de alcoologia, sendo de referir que dos 91 utentes, houve 7 desistências, 1 alta disciplinar e 6 transferências, fazendo com que o total de utentes que concluíram a intervenção psicomotora foram 77 utentes.

Com os 4 utentes da unidade de internamento prolongado realizou-se 16 sessões individuais e 16 sessões em grupo. Para além destas sessões efetuou-se 32 idas ao bar, de modo a treinar AVD's.

No centro de recuperação alcoólica os utentes ficavam em sistema de ambulatório durante 4 semanas, ou seja, o programa de recuperação tem 4 semanas de duração, mas os utentes poderiam sair ao fim de semana. A média de idades dos 77 utentes situa-se entre os 35 e os 45 anos maioritariamente homens. Estes indivíduos apresentavam diversas problemáticas, nomeadamente, problemas a nível físico (dificuldades ao nível da equilibração, do tónus muscular, noção de corpo, praxia global e da praxia fina), a nível psicológico (lentificação do raciocínio, dificuldade em desenvolver pensamento lógico e abstrato) e a nível emocional (derivados de conflitos interpessoais, problemas familiares e problemas económicos). As sessões de psicomotricidade realizadas no centro de recuperação alcoólica eram em grupo, tendo-se realizado 32 sessões de psicomotricidade e acompanhou-se 16 sessões de ginásio.

4.1 Intervenção na Unidade de São Lucas (Internamento Prolongado)

Foram selecionados 5 potenciais candidatos para intervenção psicomotora, pela enfermeira do serviço devido às suas características e potencialidades, estes encontram-se inseridos na unidade de evolução prolongada. A sua avaliação foi feita através da aplicação da ECAP e EPR, com o auxílio da equipa de enfermagem. Um utente inicialmente previsto para a sessão nunca compareceu apresentando níveis elevados de agressividade, sendo que a intervenção realizada decorreu com 4 utentes.

As sessões individuais com estes utentes tiveram o intuito proporcionar uma intervenção mais específica das necessidades e dificuldades de cada utente, de modo a preparar os utentes para atividades mais exigentes, como as realizadas em contexto grupal. As sessões individuais tinham uma duração média 30 minutos, atendendo a dificuldade em se concentrar na tarefa, e permanecer no mesmo local.

As sessões de grupo foram divididas em dois tipos: em contexto de grupo e contexto individual. Em contexto de grupo, com uma duração de 60 minutos, uma vez por semana, com um carácter mais instrumental, de modo a promover uma maior

interação entre os utentes. Como refere a tabela seguinte os objetivos gerais foram centrados nos aspetos da autonomia, manutenção da funcionalidade motora e qualidade de vida.

Tabela 12 - Objetivos gerais das sessões individuais e de grupo na Unidade de São Lucas

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Promover autonomia	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de realizar atividades no período da ida ao bar (ao chegar ao bar os utentes serão capazes de esperar pela sua vez na fila respeitando a vez dos outros; escolher o que vão pedir; efetuar o pedido na caixa, esperar pelo pedido, levar o pedido para a mesa; após comer levar os utensílios ao balcão), com o mínimo de ajuda. - No decurso das atividades em contexto de sessão realizar as tarefas com o mínimo de ajuda.
Manutenção da funcionalidade motora	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o controlo tónico - Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico - Melhorar a perceção do seu corpo, e a discriminação das suas partes - Melhorar a estruturação espaço-temporal através da capacidade de escuta e reprodução de estruturas rítmicas simples - Melhorar a coordenação óculo-pedal, e óculo- manual - Melhorar a praxia global e fina
Desenvolver competências sociais	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a capacidade de escuta e comunicação com os seus pares e equipa técnica - Aumentar os comportamentos assertivos e reduzir expressões de agressividade verbal e não verbal - Melhorar a capacidade de auto-regulação em contextos sociais
Promover a qualidade de vida	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o nível de bem-estar através da satisfação e prazer demonstradas no final das sessões (verbal ou não verbalmente) - Promover a participação em atividades de lazer da sua escolha e preferência - Promover a adesão à prática de uma atividade motora de carácter regular

Além das sessões anteriormente definidas, foi realizada uma atividade com estes utentes num contexto funcional, o “acompanhamento ao bar”. Para realizar esta atividade os utentes em grupo, acompanhados pelo psicomotricista iam ao bar da instituição por forma a que, nesta atividade, ampliassem a sua autonomia. Os utentes tinham que esperar pela sua vez na fila respeitando a vez dos outros. Efetuavam de seguida o pedido na caixa, (os utentes neste contexto não necessitam efetuar uma transação de dinheiro), esperar pelo pedido, levando-o de seguida para a mesa. Após comer, tinham de levar os utensílios ao balcão, regressando à unidade. Esta atividade tinha uma duração média de 45 mim, decorrendo duas vezes por semana. Em seguida será feita uma breve apresentação de cada um dos utentes.

Tabela 13 - Identificação do estudo de caso I

Género	Masculino
Data de nascimento	14-11-1961 (53 anos)
Data de entrada no serviço	23-01-1991 (30 anos)
Estado civil	Solteiro
Situação ocupacional	Reformado/inválido
Habilitações	4º ano
Diagnóstico	Não diagnosticado

O caso I deu entrada no serviço devido ao agravamento do seu estado de saúde e se considerar não existir outro meio adequado no seu local de residência para prestação dos cuidados necessários, atendendo a que este utente residia num meio rural com uma reduzida estrutura familiar e social de apoio. O utente sofreu um traumatismo crânio encefálico na adolescência e um acidente vascular cerebral. Este utente apresenta comportamentos desajustados tais como, o uso de linguagem e comportamentos inapropriados, quando irritado cospe para o chão e para os outros, por vezes batendo ou passando rasteiras. Apresenta hábitos tabágicos elevados.

Apresenta uma marcha espástica (caracterizada por uma postura parada, rígida, por vezes arrastando os pés, com a cabeça e o pescoço inclinados para a frente).

Foi encaminhado para as sessões de psicomotricidade, para desenvolver competências sociais, melhorar o equilíbrio, desenvolver e manter as suas competências motoras globais e finas, melhorar a memória e o treino de AVD'S a fim de ganhar autonomia para efetuar o seu lanche no bar da instituição de forma autónoma.

Tabela 14 - Identificação do estudo de caso II

Género	Masculino
Data de nascimento	2-3-1981 (33 anos)
Data de entrada no serviço	1-4-1997 (16 anos)
Estado civil	Solteiro
Situação ocupacional	Inválido
Habilitações	---
Diagnóstico	"Oligofrenia Profunda", segundo o DSM - 5, Dificuldade Intelectual e Desenvolvidor Profunda

O caso II foi encaminhado do Centro de Recuperação Psicopedagógico da Sagrada Família (CRPSF). De referir que esta instituição apoia jovens e crianças que não têm as condições para se desenvolverem adequadamente, dando entrada nos serviços com 16 anos. O utente tem epilepsia, não sendo possível explicar a sintomatologia que antecede as crises epiléticas.

É de referir que o utente é temperamental, focado nos seus interesses, e efetua repetidamente a mesma pergunta a fim de obter uma resposta diferente e de atingir a resposta por si esperada. Tem por vezes um comportamento agressivo para com os outros, e é auto abusivo. Tem fracas competências de higiene e de socialização.

Foi encaminhado para as sessões de psicomotricidade, para desenvolver competências sociais, melhorar autorregulação, melhorar as competências motoras globais e finas, promover a discriminação entre esquerda e direita, desenvolver as noções espaciais e temporais e melhorar autonomia nas AVD'S.

Tabela 15 - Identificação do estudo de caso III

Género	Masculino
Data de nascimento	21-06-1983 (31anos)
Data de entrada no serviço	28-04-2000 (17anos)
Estado civil	Solteiro
Situação ocupacional	Inválido
Habilitações	---
Diagnóstico	“Debilidade mental profunda” segundo o DSM-5, Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental Profunda

O Caso III veio igualmente encaminhado do CRPSF, com 17 anos. Tem um vocabulário básico, recorrendo muitas das vezes a apenas uma palavra para obter ou responder ao que é pretendido. Faz recorrentemente queixas infundadas acerca de outros utentes, a fim de obter atenção. É de referir que inicialmente era envergonhado, mas após estabelecer uma relação tem uma enorme necessidade de apego.

Foi encaminhado para as sessões de psicomotricidade, para desenvolver competências sociais, melhorar autorregulação, melhorar as competências motoras globais e finas, promover a discriminação entre esquerda e direita, desenvolver as noções espaciais e temporais, melhorar a discriminação dos segmentos corporais, melhorar o processo de acomodação de memórias e adquirir habilidades que o ajudem nas AVD'S.

Tabela 16 - Identificação do estudo de caso IV

Género	Masculino
Data de nascimento	15-12-1984 (30 anos)
Data de entrada no serviço	16-06-2002 (18 anos)
Estado civil	Solteiro
Situação ocupacional	Inválido
Habilitações	---
Diagnóstico	“Retardo Mental Profundo”, segundo o DSM-5, Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental Profunda

O caso IV foi integrado nos serviços em 2002, devido a alterações no comportamento. De referir que este utente apresenta períodos de agitação, agressividade, euforia e depressão. O seu discurso resume-se maioritariamente à repetição do que lhe foi perguntado. Tem problemas de concentração e dificuldade em se manter na mesma tarefa por um período superior a 5 minutos.

Foi encaminhado para as sessões de psicomotricidade, para melhorar a sua autorregulação assim como o seu pensamento lógico, e ter comportamentos mais ajustados, desenvolvendo competências motoras, noções corporais/espaciais/temporais, melhorar equilíbrio, e por último melhorar a sua autonomia.

4.1.1. Atividades desenvolvidas na Unidade de São Lucas

A tabela seguinte descreve algumas das atividades que compunham as sessões realizadas na unidade de São Lucas.

Tabela 17 - Descrição das atividades de São Lucas em contexto de sala

Atividade	Objetivo Geral	Objetivo Específico	Descrição da atividade
Balões	Melhorar o controlo respiratório	<ul style="list-style-type: none"> • Aumentar a amplitude e controlo das expirações e inspirações. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar o balão nos lábios, efetuando previamente uma inspiração, enchendo o balão com a expiração.
Bolas de sabão	Melhorar o controlo respiratório	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a controlo e a precisão da expiração. 	<ul style="list-style-type: none"> • O utente deveria colocar a varinha na água com sabão, e de seguida soprar para uma bola de sabão.
Relaxamento	Promover a eutonia	<ul style="list-style-type: none"> • Promover a passividade dos membros; • Melhorar o controlo da contração e descontração dos grandes grupos musculares. 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a atividade os utentes consoante as instruções, deverão contrair ou descontrair a parte do corpo solicitada.
Trave Pé-ante-pé Marcha Lateral Marcha a retaguarda Bicos de pés	Melhorar o equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> • Diminuir as dificuldades posturais; Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico. 	<ul style="list-style-type: none"> • É solicitado que o utente passe por cima da trave pé-ante-pé, em marcha lateral, em marcha à retaguarda, e em bicos de pés, em determinado momento é solicitado que os utentes parem em cima da trave.

Atividade	Objetivo Geral	Objetivo Específico	Descrição da atividade
<p>Circuito</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pé-coxinho • Calcanhares • Bicos de pés • Corrida de sacas 	Melhorar o equilíbrio	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico. 	<ul style="list-style-type: none"> • É apresentado aos utentes uma série de obstáculos, ou seja, uma secção em zig-zag, uma zona com uma linha marcada no chão, e uma zona com arcos que terão de passar, consoante as instruções do terapeuta em: apoio unipedal, calcanhares em bicos de pés, ou a pés juntos, em corrida de sacas.
Dança	Desenvolver noções corporais e rítmicas	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a percepção de estímulos internos e externos. 	<ul style="list-style-type: none"> • É solicitado que os utentes se desloquem pelo espaço ao som da música, Os movimentos do seu corpo devem espelhar, não só o ritmo, mas também o que a música os faz sentir.
<p>Espelho</p> <p>Eu com o espelho</p> <p>Eu a fazer de espelho</p>	Desenvolver noções corporais	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a capacidade de imitar gestos; • Melhorar a percepção dos limites do corpo; • Discriminação de esquerda e direita. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os utentes devem reconhecer as diferentes partes do corpo, movendo-as quando solicitado, em frente ao espelho. Os utentes deveram estar afrente com outro utente tentando acompanhar os seus movimentos, utilizado música durante o movimento.
Automassagem mediada por bola	Desenvolver noções corporais	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a percepção dos limites do corpo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os utentes colocam-se costas com costas, e efetuam massagem mediada por bola, efetuando movimentos circulares e lentos, nas diversas partes do corpo conforme solicitado.
Mapa do tesouro	<p>Desenvolver a estruturação espaço- temporal;</p> <p>Melhorar as competências cognitivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a sequencialização visuo-espacial; • Melhorar a memória a curto e médio prazo. 	<ul style="list-style-type: none"> • É mostrado aos utentes um mapa com uma série de locais onde se devem deslocar para encontrar varias indicações com o objetivo final
Ao ritmo do som com o Corpo instrumento	<p>Desenvolver a estruturação espaço- temporal;</p> <p>Melhorar as competências cognitivas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar a integração rítmica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Depois de ouvir a sequência de ritmos os utentes deveram reproduzir o mais próximo possível do que foi ouvido, a reprodução é efetuado com as diferentes partes do corpo ex.: bater palmas, movimentos com a cabaça, bater o pé no chão, maracas, tambores, entre outros.

Intervenção Psicomotora em Saúde Mental
Casa de Saúde de São João de Deus - Funchal

Atividade	Objetivo Geral	Objetivo Especifico	Descrição da atividade
Bowling adaptado	Melhorar a praxia global	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a coordenação óculo-manual, e o planeamento da ação; • Desenvolver o pensamento lógico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Durante a atividade os utentes, lançam uma bola aos doze pinos inicialmente colocados. De seguida devera contar pinos os derrubados em voz alta, e voltar a colocá-los nos locais respetivos.
Vólei com balão	Melhorar a praxia global	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a coordenação óculo-manual, e o planeamento da ação; • Promover o trabalho de equipa 	<ul style="list-style-type: none"> • Os utentes deverão formar equipas de dois elementos. De seguida deverão passar a bola para a outra equipa com intuito de marcar pontos. O balão não deve passar para a outra equipa sem passar pelos dois membros da equipa. Os passes podem ser com diversas partes do corpo.
Gato e rato	Melhorar a praxia global	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o trabalho em equipa; • Melhorar a coordenação óculo-pedal e óculo-manual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os utentes deverão passar uma bola entre si, consoante as indicações (com a mão ou pé), sem que o elemento que está a tentar apanhá-la a intercete.
Circuito psicomotor	Melhorar a praxia global Melhorar as competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Promover o raciocínio lógico; • Melhorar o planeamento da ação. 	<ul style="list-style-type: none"> • O circuito psicomotor foi construído de modo a que os utentes passem por várias etapas: <ul style="list-style-type: none"> - retirar o número de arcos - passar por cima dos pinos (pés- junto, alternância pedal; apoio unipedal) - transpor 6 pufes rastejando - colocar os arcos no suporte meta.
Teia da aranha	Melhorar a praxia global Melhorar as competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a coordenação óculo-manual, e o planeamento da ação; • Promover o trabalho em equipa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os utentes deverão passar uma corda para os elementos que participam na atividade, sendo que não podem passar para as mesmas pessoas.
Desenho	Melhorar a praxia fina Melhorar as competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a coordenação óculo-manual, desenvolver e estruturar o planeamento da ação. 	<ul style="list-style-type: none"> • É solicitado ao utente que desenhe: <ul style="list-style-type: none"> • o seu corpo • o que mais gosta • símbolos (triângulos, quadrado, retângulos).

Atividade	Objetivo Geral	Objetivo Especifico	Descrição da atividade
Impressão 3D	Melhorar a praxia fina Melhorar as competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a coordenação óculo-manual; • Melhorar o planeamento da ação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os utentes devem compreender a forma em plano e construí-la em 3D utilizando palitos e plasticina
Almofada de botões E fios	Melhorar a praxia fina Melhorar as competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a coordenação óculo-manual; • Melhorar o planeamento da ação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Na almofada estão vários botões de diversos tamanhos, e os utentes têm que colocar o fio na casa, ou buraco adequado.
Molas	Melhorar a praxia fina Melhorar as competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Melhorar a coordenação óculo-manual; • Melhorar o planeamento da ação e memorização. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os utentes devem colocar/retirar as molas consoante o solicitado, e efetuar o movimento de pinça, tendo em conta a cor pedida, e a parte do corpo solicitada.

Tabela 18 - Atividade de vida diária

Atividade	Objetivo Geral	Objetivo Especifico	Descrição da atividade
Deslocação ao bar	Melhorar a autonomia	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar o planeamento da tarefa; - Conhecer as regras sociais; - Promover as relações interpessoais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os utentes acompanhados pelo técnico, dirigem-se ao bar onde deverão pedir ao balcão, e retornar à unidade.

4.1.2. Análise dos resultados da aplicação da ECA

➤ Caso I

Ao nível do domínio da autonomia, mais especificamente nos itens correspondentes a alimentação, o indivíduo obteve um score inicial de 14 e após intervenção 16 passando a escolher itens simples mais especificamente um bolo e um café, no bar, e a mastigar de boca fechada. Na utilização da casa de banho, o score obtido foi 10, havendo manutenção destas competências. Nos itens referentes à higiene, o utente obteve na primeira avaliação 12 tendo passado a secar a cara e as mãos, a lavar a cara e as mãos com sabonete sem que lhe seja necessário dizer algo, passando a ter um score de 15. Nos cuidados com o vestuário, o utente teve um score de 2 pontos, sendo de referir que não participa na lavagem da roupa, mas conhece o processo de lavagem, e chama a atenção quando as peças tem buracos ou falta de

botões, mantendo os valores iniciais. No vestir e despir, o utente obteve na avaliação inicial e final um score de 17, pois apenas não se veste sozinho. Ao nível da deslocação obteve um score inicial de 0, sendo de referir que após intervenção passou a ter um score de 1, pois passou a olhar para os dois lados e a esperar para atravessar a estrada. Nos outros itens o utente obteve um score inicial de 6 e final de 7 pontos, passando a vigiar a sua saúde, pedido para trocar a sua roupa quando molhada. Em suma, o indivíduo obteve no domínio da autonomia um score inicial de 67 e final de 75.

No domínio do desenvolvimento físico o utente obteve um score inicial de 29 e final de 35. De referir que o utente passou a ser capaz de se manter equilibrado num apoio quando solicitado, revelando um bom nível tónico, corre sem cair, salta e pula, desenha, consegue cortar com uma tesoura, e dribla uma bola.

O utente apresenta dificuldades a vários níveis do domínio de atividade económica, sendo de referir que na avaliação inicial obteve um score de 1, pois tinha noção de quantidade, passando a reconhecer moedas e notas, obtendo um score na avaliação final de 3. É de referir que quando foram mostradas as moedas e as notas o utente, frequentemente referia-se as mesmas como escudos, e não euros.

No desenvolvimento da linguagem o utente tem uma boa expressão pré-verbal, ao nível das palavras passou de nomear objetos que lhe são familiares, para nomear pessoas ou objetos em imagem, ao nível das frases, após intervenção o indivíduo tornou-se mais questionador, e o seu discurso ficou com menos bloqueios. Verificou-se a nível da expressão que o utente não só reconhece as letras como também é capaz de escrever o seu nome, desde que seja incentivado para tal. Ao nível da compreensão verbal, é capaz de ler sinais, após intervenção passou a compreender instruções que envolvem uma série de passos. No que diz respeito à linguagem social, o utente passou a agradecer e a pedir por favor e demonstrou que consegue falar com lógica. No domínio do desenvolvimento da linguagem inicialmente obteve 27 pontos e na avaliação final 37 pontos.

Em relação ao domínio número e tempo, o indivíduo, inicialmente, apresentava algumas dificuldades ao nível dos números contando mecanicamente até dez; após intervenção passou a compreender e a executar corretamente o conceito de divisão, consegue ver as horas em relógio analógico e digital, conseguindo após intervenção a equivalência entre os 15 e um quarto, os trinta e o meio. Após intervenção, apenas não sabe a data atual quando questionado. No domínio os números e tempo obteve um score inicial de 11 e final de 17.

Na atividade doméstica o utente após intervenção passou a colocar copos e

talheres na mesa, levantar a mesa com pratos e copos quebráveis, fazendo com que passasse de uma avaliação inicial de 1 para uma final de 3.

Nas atividades pré-profissionais na avaliação inicial, obteve um score de um, pois apenas realizava tarefas simples. Na avaliação final foi possível verificar que se dedica mais as tarefas trabalhando produtivamente, permanece no seu lugar, acata as ordens e não necessita de encorajamento para completar o solicitado, passando para um score final de 5 pontos.

No domínio da personalidade após a intervenção, o indivíduo passou a explorar mais o envolvimento sem ter receios, mais especificamente na sessão, focando a sua atenção durante todos os passos da mesma, independentemente do tipo da atividade a desenvolver, embora preferisse atividades mais motoras e demonstra mais interesse por todas as atividades desde que as compreenda. Desta forma passou de um score inicial de 10 para 13.

A nível da responsabilidade e de forma geral, o indivíduo não é muito responsável com os seus objetos pessoais. No geral tenta cumprir as tarefas, aceita ajuda e participa a existência de problemas, após intervenção para além dos pontos já mencionados passou a manter um melhor autocontrolo, dizendo menos palavrões, mesmo quando contrariado, e deixando de bater ou passar rasteiras aos outros indivíduos, passando de um score inicial 5 para 6 pontos.

Na socialização o utente obteve na primeira avaliação um score de 12 e na final um score de 15 pontos, pois após intervenção passou a saber o nome de todos os colegas, participa de forma espontânea nas atividades, e passou a ter um comportamento mais adequado mesmo quando as coisas não aconteciam como pretendia.

No domínio do comportamento social, na primeira avaliação verificamos que o utente atingiu um score de 18 pontos, e após a intervenção passou a ter um score de 17 pontos, sendo de referir que o comportamento que deixou de ocorrer foi o de atirar objetos aos outros.

Ao nível do domínio da conformidade, o indivíduo obteve na avaliação inicial um score de 13, e após intervenção verificou-se uma melhoria nos comportamentos nomeadamente no empenhamento da tarefa passando para um score de 9 pontos, mais especificamente deixou de hesitar muito tempo antes de fazer as tarefas atribuídas, algo acontecia frequentemente e atualmente nunca ocorre. No que respeita ao item falta, atrasa-se, para as tarefas ou falta ao local, o indivíduo frequentemente não regressava aos locais, depois de uma determina atividade, e deixava o local sem pedir permissão,

após a intervenção estes acontecimentos passaram só a ocorrer ocasionalmente, sendo de referir que esse tipo de comportamento não ocorria na sessão de psicomotricidade, ocorrendo em outras atividades.

Nos comportamentos relacionados com o domínio merecedor de confiança, o utente obteve na avaliação inicial e final, 7 pontos o que se traduz, ocasionalmente usar propriedades dos outros sem pedir, tirar objetos dos outros se estes não estiverem guardados; distorce a verdade em seu proveito, faz batota em jogos e tarefas, sendo de referir que, neste caso em específico, o utente tem consciência plena do que está a fazer; faz para poder ganhar/fazer mais rápido/ter menos dificuldades, quando chamado a atenção passa a fazer corretamente. Na questão de sujar propriedade, é frequente sujar as suas propriedades, e ocasionalmente as propriedades dos outros.

Nos comportamentos estereotipados e hiperativos, o indivíduo obteve na avaliação inicial um score de 11 pontos, tendo pós intervenção reduzindo para 8 pontos, que se traduz numa diminuição do comportamento de movimentação constantes das mãos para ocasionalmente; também foi verificada esta diminuição de ocorrência ao nível da repetição de movimentos das partes do corpo. Ao nível dos hábitos orais, houve diminuição de ocorrência do cuspir para o chão o que ocorria frequentemente independentemente do local, passando a ocorrer ocasionalmente, e não em contexto de sala.

Ao nível do domínio do comportamento sexual, o indivíduo não apresentou qualquer tipo de comportamento desadequado.

No domínio do comportamento auto abusivo, o indivíduo apresenta um score de 1 em ambas as aplicações da escala, sendo de referir que o comportamento observado é o de brincar com a saliva, este comportamento está associado ao babar-se, pois tende a limpar a boca esfregando mãos.

Nos comportamentos inerentes ao domínio do ajustamento social, o indivíduo obteve um score de 4 pontos por manter a mesma posição durante um longo período de tempo, deixa-se sentado numa cadeira a dormir, e tem um olhar inexpressivo. Após intervenção, o utente tornou-se mais ativo, deixando de se verificar os longos períodos na mesma posição, explorando mais o envolvimento, assim como o olhar inexpressivo. Desta forma, o utente obteve um score na avaliação final de 1 pontos.

Em relação ao domínio do comportamento interpessoal perturbado, o indivíduo obteve na primeira avaliação, um score de 7 pontos, o que se traduz em ter ocasionalmente dificuldades em reconhecer as limitações fazendo planos irrealistas, não reagindo bem quando criticado, ficando amuado. Também ocasionalmente é ciumento e solicita

demasiados encorajamentos, tendo por vezes inseguranças nas tarefas de atividades diárias. Na segunda aplicação da escala, verificou-se que reage melhor à crítica, continuando a falar mesmo depois de corrigido, e não amuando quando criticado, obtendo um score neste domínio de 5 pontos.

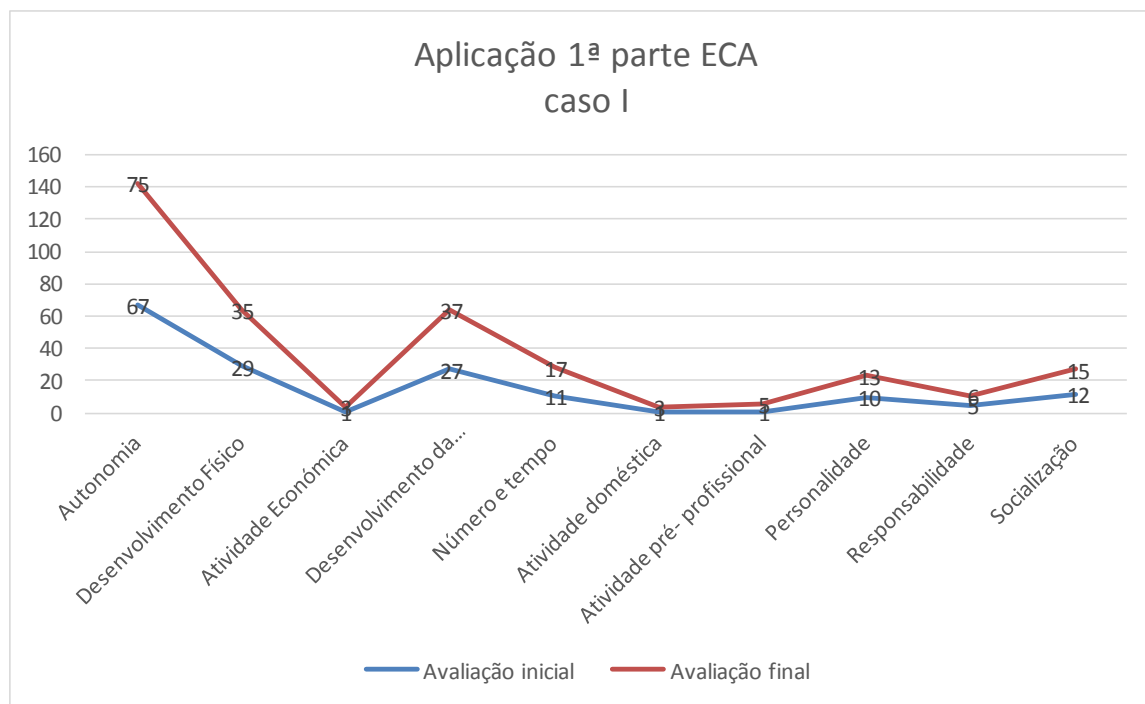


Gráfico 1 – Aplicação 1ª parte ECA – Caso I

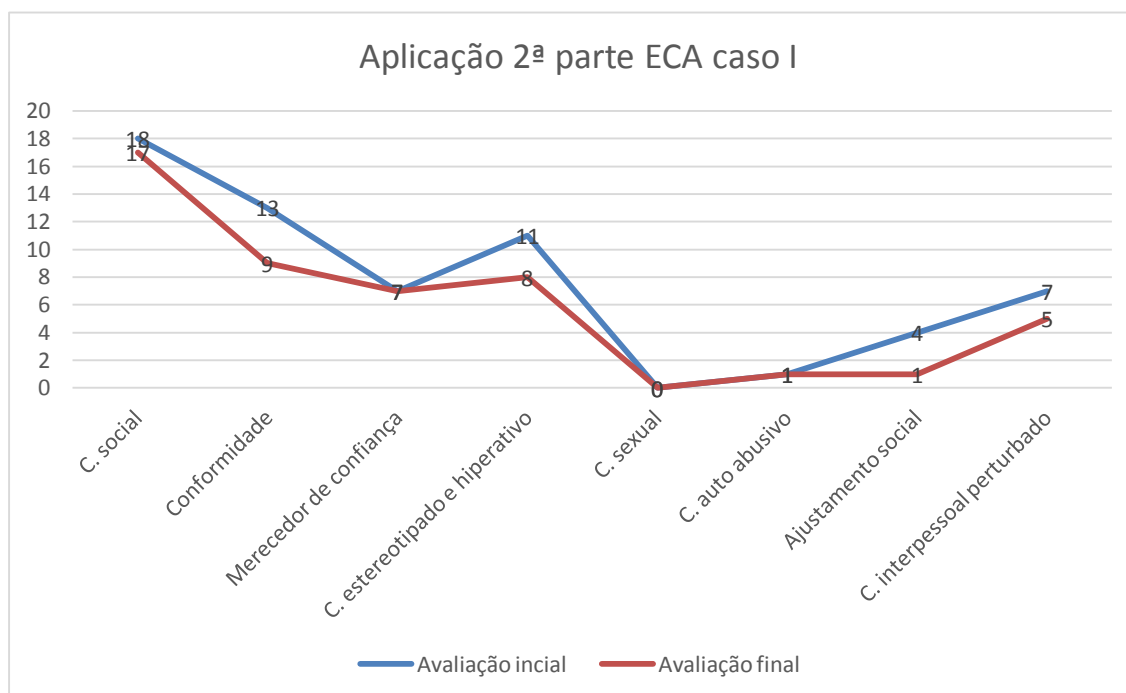


Gráfico 2 - Aplicação 2ª parte ECA – Caso I

➤ **Caso II**

No domínio autonomia na alimentação, o indivíduo obteve um score de 16 na avaliação inicial e 18 na final, o que corresponde a uma maior autonomia no beber, passando a beber sem entornar segurando o copo apenas com uma mão, e efetuar encomendas simples, pedindo ao balcão o que deseja. Ao nível da utilização da casa de banho, tem autonomia total. Nos itens correspondentes à higiene obteve um score de 18 em ambas as avaliações, sendo de referir que apenas não prepara e toma banho sem ajuda, e na lavagem dos dentes, pois tem supervisão. Ao nível da aparência na avaliação inicial obteve um score de 7 e pós intervenção obteve um score de 8 que se traduz, ao nível da postura, pois deixou de ter uma marcha com as pontas dos pés viradas para fora; no ponto vestuário apenas é de referir que a roupa está sempre bem passada, todavia os restantes pontos não são tratados pelo mesmo. Nos cuidados com o vestuário, obteve um score inicial e final de 1 que se traduz no chamar a atenção para falta de botões ou buracos. Ao nível do vestir e despir possui autonomia total. No que concerne às deslocações, não as efetua, obtendo um score inicial 0 e final de 1, pois foi possível compreender em sessão que tem que olhar para os dois lados antes de atravessar uma estrada. Ao nível dos outros itens de autonomia obteve um score inicial de 5 e final de 7, o que se traduz em compreensão de como tratar de feridas e cortes, e perceber que os equipamentos elétricos representam algum tipo de perigo, compreendendo o perigo da descarga elétrica. Em termos de resultados para o domínio de autonomia o utente obteve um score inicial de 77 e final de 83.

Ao nível do Desenvolvimento físico, o utente não tem limitações a nível sensorial. Consegue ficar sobre um apoio durante 2 segundos, salta e pula. Aponta com exatidão as partes do corpo, passou a conseguir recortar com tesoura, a lançar por cima do ombro e a driblar uma bola, obtendo neste domínio uma cotação inicial de 30 e pós intervenção de 36.

O utente apresenta dificuldades nos diversos níveis correspondentes da atividade económica, todavia na sua avaliação inicial sabe o que são moedas e compreende para que servem, todavia não distinguia as moedas. É de referir que após intervenção não só conhece as moedas como as notas, e deixou de referir a moeda de um euro como 100 escudos. Também passou a fazer compras com supervisão apertada, ou seja, em ambiente controlado. Em termos de domínio obteve na avaliação inicial um score de 2 e pós intervenção um score de 4.

No domínio da linguagem, verificou-se na primeira aplicação 18 pontos e na aplicação final obteve 23 pontos; ao nível da pré-expressão apenas não imita os dos

animais, em ambas as aplicações, passou a nomear objetos na descrição de imagens, e a colocar questões, na articulação obteve cotação de 5 pontos. Ao nível da expressão tem dificuldades ao nível da escrita; após intervenção reconhece letras mas não escreve. No que diz respeito à compreensão verbal passou a responder a questões simples, e passou a reconhecer 10 ou mais palavras através da visão, em especial se estas tiverem acompanhadas de simbologia. No desenvolvimento social, ao nível da conversação passou a pedir por favor, e a falar sobre as atividades de grupo, e nos itens vários manteve os pontos iniciais, respondendo quando abordado; repete histórias/acontecimentos simples, utilizando linguagem adequada.

Ao nível do domínio dos números e tempo, passou a contar mais de 10 objetos, e relaciona as horas a várias ações e eventos, como a ida ao bar, à sessão terapêutica, e a ida à igreja. Para além de nomear os dias da semana, passou a referir corretamente o conceito de tarde e manhã. Ao nível do domínio números e tempo, o utente obteve na primeira avaliação um score de 4 e pós intervenção de 7.

Na primeira aplicação da escala, verificou-se que ao nível do domínio da atividade domestica, o indivíduo coloca todos talheres, pratos e guardanapos nos locais corretos, sendo o material inquebrável, obtendo um score inicial de 4 pontos neste domínio. Após intervenção manteve estes pontos, mas passou a levantar a mesma com pratos e copos quebráveis, e a esforçar-se por limpar o seu espaço próprio, mas não na sua totalidade, passando a score de 6 pontos.

Ao nível do domínio da atividade pré-profissional, o indivíduo obteve nas duas avaliações um score de 1 ponto, o que corresponde a realizar tarefas simples com despejar o lixo, ou buscar algo que é solicitado.

Na avaliação inicial referente ao domínio da personalidade o indivíduo apenas participava nas atividades quando designado, os seus movimentos, são funcionais, e ajustados, não prestando atenção a atividades significativas mais do que 5 minutos; tem uma boa motivação e é bem-sucedido na tarefa, quando estas correspondem aos seus interesses, e participava em atividades simples como ver televisão. Após intervenção melhorou o nível de exploração do envolvimento, passou a prestar atenção a atividades significativas até 15 minutos, por exemplo, na atividade de como funciona o dinheiro, e atividade lanche, a sua participação ao nível de atividades de recreação melhorou desde que estas tenham sido desenvolvidas para ele. Em suma, o indivíduo passou de um score inicial de 6 para um final de 10 pontos.

Ao nível do domínio da responsabilidade, o indivíduo obteve um score inicial e final de 1 ponto, que se traduz em não ser responsável, e as tarefas que lhe são

atribuídas são pouco certas de serem cumpridas. Para que as tarefas sejam cumpridas é necessário haver acompanhamento.

No domínio da socialização, o indivíduo ajuda se solicitado, demonstra consideração pelos sentimentos dos outros em especial se estes forem significativos para o mesmo, interage com os outros, necessitando de ser encorajado para tal; ao nível da maturidade social apenas tem medos de estranhos. Após intervenção manteve todos estes pontos e melhorou ao nível da interação com os outros, interagindo pelo menos durante um curto espaço de tempo, sendo verificado em contexto de sessão.

No que diz respeito ao domínio do comportamento social, o indivíduo efetua ameaças e violência física, utilizando gestos ameaçados, magoa e insulta os outros, ocasionalmente; é frequente, gritar e atirar objetos. Ocasionalmente diz mal dos outros e conta histórias falsas. É frequente tentar passar a responsabilidades das tarefas para os outros, exigindo os serviços, ocasionalmente manipula-os para os colocar em sarilhos. Tem linguagem agressiva, reagindo com linguagem hostil, pragueja e sugere violência física ocasionalmente, frequentemente berra e faz ameaças de violência. Nos itens da fraca tolerância a frustração obteve a cotação máxima, o que corresponde a uma baixa tolerância a frustração, não respondendo pelos seus erros, fazendo birras quando contrariado. Todavia não perturba as atividades dos outros. A avaliação inicial obteve um score de 31 e após intervenção deixou de tentar dizer aos outros o que fazer e exigir serviços, passando a ocorrer ocasionalmente, o que gera um score final de 29 pontos.

No domínio da conformidade, é frequente o indivíduo ignorar regulamentos e rotinas, ocasionalmente fica aborrecido com ordens diretas fingindo não ouvir, e recusando fazer a atividade; é frequente não prestar atenção às instruções e hesitar nas tarefas atribuídas; não regressa ao local desejado depois de ir a casa de banho, e por vezes deixa o local da atividade sem pedir permissão. É frequente interromper os temas abordados em grupo, perturbar jogos, muitas das vezes exibindo-se. Obteve na avaliação inicial um score de 30 e após intervenção de 27 pontos, passando só a ficar ressentido com figuras de autoridade ocasionalmente; também ocasionalmente deixa uma atividade sem pedir, e passou a perturbar ocasionalmente os jogos, recusando-se a cumprir regras.

No que diz respeito ao domínio merecedor de confiança, o indivíduo obteve na avaliação inicial um score de 9, que se traduz em frequentemente não devolver objetos emprestados, ocasionalmente ficar com objetos, se estes não estiverem guardados, apoderando-se dos mesmos; é frequente mentir e fazer batota em seu proveito e ocasionalmente mentir acerca das situações. Após intervenção, a não devolução de

itens emprestados deixou de ocorrer, passando o indivíduo a obter um score final de 7 pontos.

Em termos do domínio do comportamento estereotipado e hiperativo, o indivíduo apresenta comportamentos estereotipados, batendo na cabeça e no pescoço, esfregando as orelhas, fala demasiado perto, sendo que frequente beija os outros, e, ocasionalmente, aperta e abraça. É frequente dar gargalhada histéricas, falar alto sem motivo, rir de forma inapropriada, fazer barulhos desagradáveis, repetir frases continuamente. Baba-se frequentemente e fala excessivamente por vezes. Obteve um score inicial de 25 e pós intervenção de 23 pontos que se traduz em ocasionalmente abraçar os outros, falar demasiado próximo dos outros.

No domínio do comportamento sexual, o indivíduo obteve na avaliação inicial um score de 4 pontos, que se traduz frequentemente, em público, acariciar intensamente e levantar a roupa dos outros para os tocar intimamente. Após intervenção, obteve um score de 3 pontos que se traduz num decréscimo de ocorrência no levantar a roupa dos outros para tocar intimamente.

Em relação ao comportamento auto abusivo o indivíduo obteve um score inicial de 4 e final de 3 passando de bater-se frequentemente para ocasionalmente. Também ocasionalmente brinca com a saliva e guarda coisa inapropriadas nos bolsos.

No domínio do ajustamento social, o indivíduo obteve um score inicial de 4 e pós intervenção de 3 pontos que se traduz, em ocasionalmente ser difícil de entrar em contacto e ter uma expressão fixa, e passar de colocar frequentemente a cabeça pendida para ocasionalmente.

No domínio do comportamento interpessoal perturbado, o indivíduo obteve um score inicial e final de 15 pontos, que correspondem ao reagir mal às críticas, ser ocasionalmente ciumento, e fazer algo errado para ter a atenção dos outros; é frequente ter alterações de humor, ocasionalmente parece não ter controlo emocional.

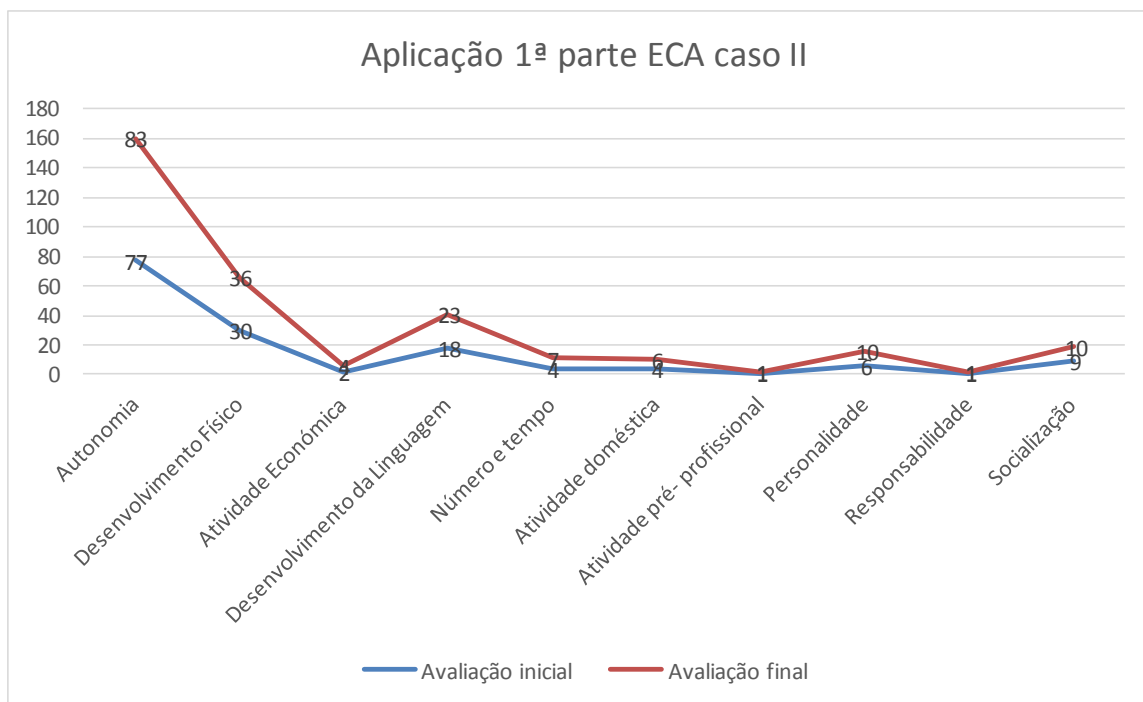


Gráfico 3 – Aplicação 1ª parte ECA – Caso II

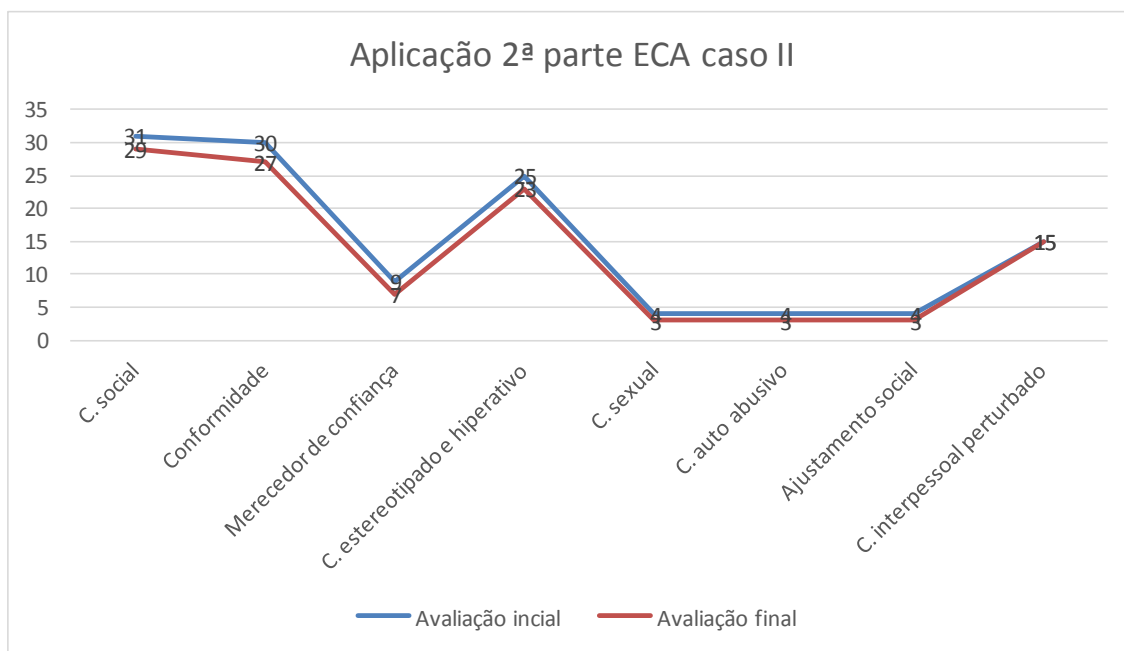


Gráfico 4 - Aplicação 2ª parte ECA – Caso II

➤ Caso III

No que diz respeito ao domínio da autonomia o indivíduo obteve na avaliação inicial um score de 54 e final de 81 que se traduz, na alimentação, em beber por um

copo sem ajuda e com asseio. Na utilização da casa de banho, é de referir que por vezes tem acidentes durante o dia, e apenas necessita alguma ajuda ao vestir. Ao nível da higiene passou a lavar e secar a cara e as mãos, sendo necessário feedback, muda de roupa interior, tem cuidado com o seu cheiro embora tenha que ser orientado para tal, e não faz tentativa para lavar os dentes. Na aparência melhorou a sua maneira de estar, mantendo a cabeça direita, sem a barriga estar proeminente, a marcha é efetuada sem arrastar os pés, e não anda com os pés muito afastados. No vestir alerta para buracos e falta de botões, tendo passado de vestir e apertar a roupa com ajuda para vestir-se sozinho apenas com reforço verbal; no que diz respeito ao despir nas alturas adequadas passou de cooperar no despir tirando a roupa e desabotoando com ajuda verbal; no item que se refere aos sapatos, passou a efetuar todos os pontos calçando e descalçando, apesar de por vezes calçar os sapatos ao contrário. Nas deslocações obteve um score de 0 em ambas as aplicações, e por últimos nos outros itens correspondentes à autonomia o utente não atende telefones, nem sabe utiliza-los, todavia após intervenção verificou-se que sabe o seu nome, e que assinala quando tem a roupa molhada.

Após intervenção verificou-se uma melhoria no domínio do desenvolvimento físico de 30 pontos para 35, que se traduzem em ser capaz de manter-se apoiado num pé durante 2 segundos, tem a lateralidade bem definida, desenha, efetua oponibilidade do polegar, lança por cima do ombro e dribla a bola.

Ao nível das atividades económicas, o utente não utiliza dinheiro, apesar desse facto, obteve na primeira avaliação um score de 1, pois tem noção de quantidade e pós intervenção um score de 3, pois passou a reconhecer as notas.

No domínio do desenvolvimento da linguagem, obteve na avaliação inicial o utente obteve um score de 13, na segunda aplicação da escala verificou-se um aumento deste score para 14, passando a identificar pelo menos 10 palavras através da visão, desde que estas estejam acompanhadas de imagem.

No domínio dos números e tempo, o indivíduo obteve na primeira aplicação da escala um score de 2 e após intervenção obteve um score de 3 que se reflete em contas de dois objetos, quando inicialmente referia um e muitos, e relaciona eventos a horas, nomeadamente a sessão.

Nas atividades domésticas, o indivíduo na avaliação inicial obteve um score de 0 e pós intervenção 4 pontos, que se traduzem em esforçar-se por limpar o próprio espaço quando solicitado com ajudas verbais ou gestuais, levanta a mesa com pratos e copos quebráveis.

No domínio da atividade pré-profissional, o indivíduo obteve um score inicial de 0 e final de 1 que se traduz em efetuar tarefas simples.

Ao nível do domínio da personalidade, o indivíduo obteve na primeira avaliação um score de 2, estando inerente a ter interesse por atividades significativas pelo menos durante 5 minutos, e participar em tarefas simples. Após a intervenção, passou a participar em atividades quando designado, demonstra interesse nas coisas, passou a prestar atenção a atividades significativas até 10 minutos, para além de manter os anteriormente referidos.

O utente obteve no domínio da responsabilidade, um score inicial de 2 e final de 5 pontos, que se traduz numa melhoria ao nível de da responsabilidade; apesar de não ser muito responsável com os objetos pessoais e atividades que lhe são atribuídas, passou a aceitar instruções, para além de continuar a manter o seu autocontrolo.

No domínio da socialização, na avaliação inicial obteve-se um score de 10 e final de 13 pontos que se traduz numa melhoria na cooperação passando a estar disposto a ajudar, passou a interagir com outros, mesmo que por um curto espaço de tempo, e participa nas atividades de forma espontânea.

No domínio do comportamento social o utente obteve na primeira avaliação um score de 8 e final de 5 pontos o corresponde a uma diminuição de ocorrência de comportamentos desviantes, mais especificamente deixou de empurrar pessoas de um lado para o outro, passando a ter uma ocorrência de nunca. Ao nível da tolerância à frustração de frequentemente passou a ocasionalmente, afasta-se e aborrece-se quando contrariado

No domínio da conformidade o utente obteve na primeira avaliação um score de 22 pontos. Após intervenção, verificou-se uma melhoria na participação em atividade obrigatórias deixando de se recusar. Ao nível de cumprir instruções pedidas ou ordens em geral houve um decréscimo de frequência em que fica aborrecido, finge não ouvir, não presta atenção as instruções, e hesita durante muito tempo, para ocasionalmente, no item 11 verificou-se uma diminuição de ocorrência na questão de não voltar ao local desejado depois de ir ao determinado local deixando de acontecer, e ocasionalmente deixa o local de uma atividade, ocorre se a atividade não for desenvolvida no local familiar. Também inerente ao ponto anterior em relação ao tentar fugir que inicialmente ocorria frequentemente passou a ocorrer ocasionalmente. Após verificar todos os pontos mencionados obteve-se um valor na segunda aplicação de 13 pontos.

Em relação ao domínio de merecedor de confiança obteve na avaliação inicial e final um score de 3 pontos devido a distorcer frequentemente a verdade em seu

proveito, geralmente para ter mais atenção que os outros indivíduos; ocasionalmente suja as suas propriedades.

Ao nível do comportamento estereotipado e hiperativo, o indivíduo obteve na avaliação inicial um score de 7 pontos e final de 6 pontos, que corresponde à diminuição de ocorrência de abraçar os outros mais especificamente de frequentemente para ocasionalmente.

Ao nível do comportamento sexual, o utente não apresenta qualquer comportamento desviante em ambas as aplicações da escala, obtendo um score final de 0 pontos.

No domínio do comportamento auto abusivo, o utente obteve um score inicial de 4 pontos e final de 3 pontos, correspondente à diminuição de ocorrência de frequentemente para ocasionalmente manter-se no local favorito ou ocasionalmente não querer ser tocado, e gritar se o for.

Em relação ao ajustamento social, o utente obteve na avaliação inicial um score de 21 e final de 15 pontos, o que corresponde à diminuição de ocorrência do comportamento de se manter na mesma posição durante longos períodos de tempo de frequentemente para ocasionalmente. O mesmo ocorre em relação ao entrar em contacto ou o alcançar. Ao nível dos itens correspondentes a timidez todos ocorriam frequentemente, passaram a ocorrer ocasionalmente.

Ao nível do domínio do comportamento interpessoal perturbado, o utente obteve na avaliação inicial de 21 pontos e na final 19 pontos, o que representa a diminuição de ocorrência de frequentemente retirar-se quando criticado para ocasionalmente, e passar a ocasionalmente solicitar demasiados encorajamentos.

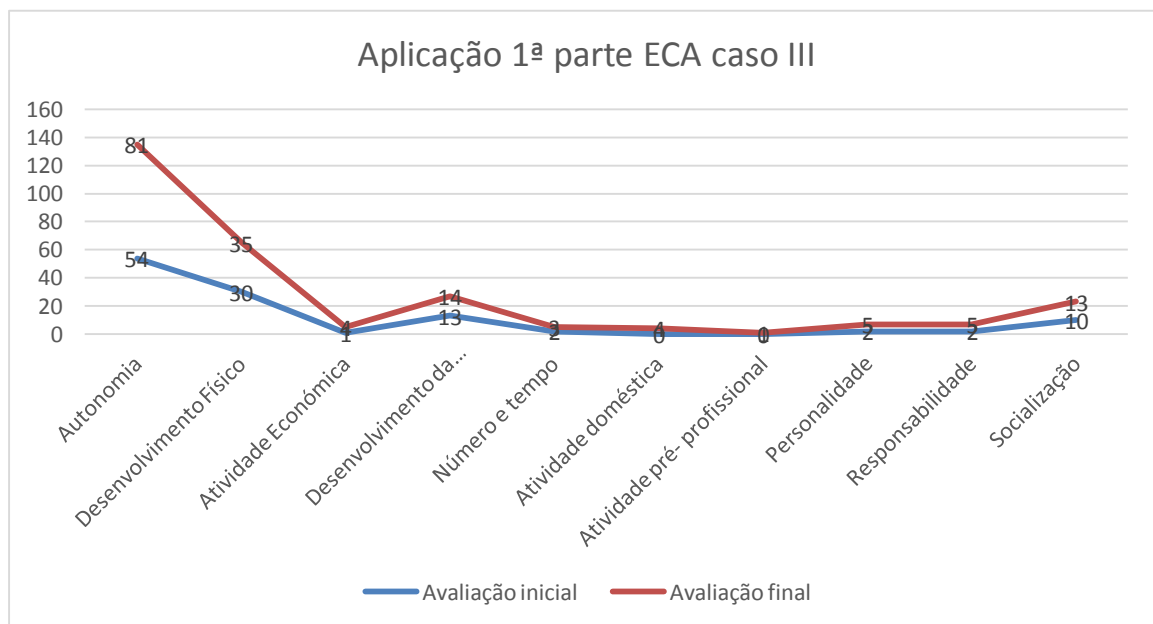


Gráfico 5 – Aplicação 1ª parte ECA caso III

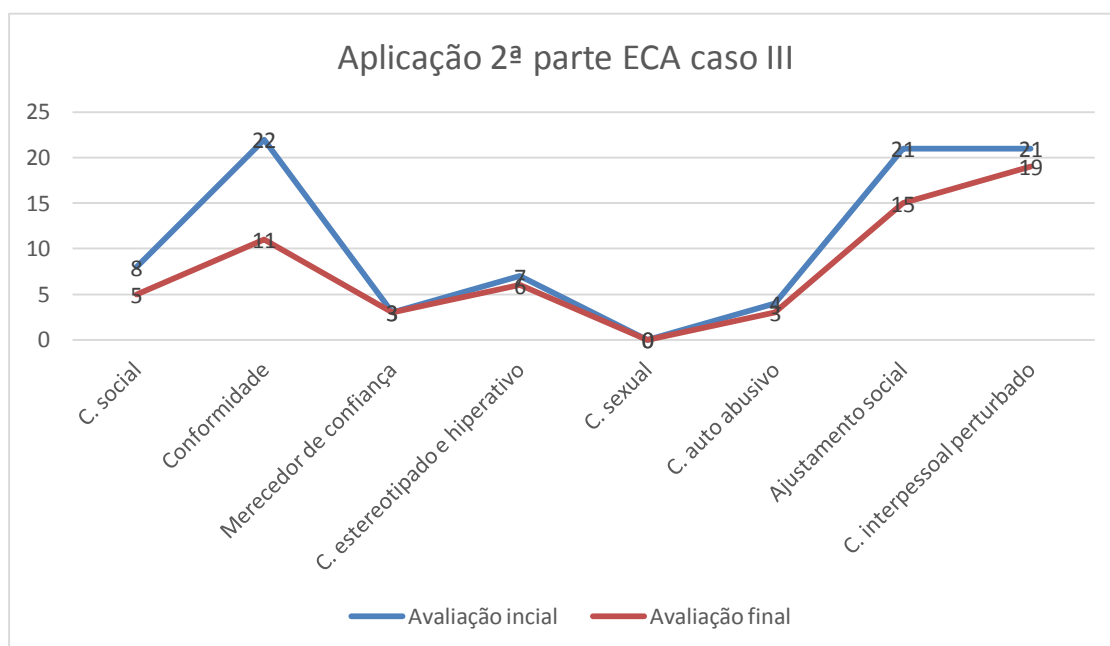


Gráfico 6 – Aplicação 2ª parte ECA caso III

➤ Caso IV

No domínio da autonomia o utente obteve na avaliação inicial 60 pontos, e pós intervenção um score de 72 que se traduz na melhoria ao nível da autonomia; mais especificamente ao nível das maneiras a mesa, passou a escolher itens simples; na questão da utilização da casa de banho, ocasionalmente tem acidentes durante o dia, mas tem autonomia total na casa de banho. Na higiene, após a intervenção para além de lavar as mãos e a cara passou a secar, sendo necessárias algumas ajudas verbais; assoa-se sozinho, cheira bem das axilas, e muda regularmente de roupa interior, sendo necessário ter em conta que é alertado e orientado para tal; lava os dentes com supervisão; ao nível da aparência melhorou a sua postura, mantendo apenas as costas curvada, e troca os pés. Não gere a roupa que veste, incluindo a questão de não participar na lavagem; necessita de reforço verbal para se vestir e despir, e é completamente autónomo no que diz respeito ao calçado. Em relação às deslocações não são efetuadas, a não ser em momentos muito específicos, como um passeio da unidade, no qual se solicitado coloca o cinto de segurança, e permanece no seu local. Nos outros itens de autonomia, sabe atender um telefone, embora não seja capaz de manter uma conversa; sabe o seu nome, sabe onde pedir ajuda médica, passou a vigiar melhor a sua saúde, e tornou-se mais cauteloso em especial com copos e chávenas quentes.

No domínio do desenvolvimento físico o utente obteve um score inicial de 28 e 34

pós intervenção. A nível sensorial parecia ter dificuldades em ouvir, o que na segunda aplicação não se verificou, talvez por estar mais familiarizado, todavia tende a falar alto, que pode indicar alguma dificuldade auditiva. No desenvolvimento motor, é de salientar que passou a conseguir manter-se pelo menos 2 segundos sobre um apoio, passou a apontar com exatidão as partes dos corpos solicitada, ao nível da praxia fina passou a efetuar oponibilidade do polegar, e consegue utilizar uma tesoura, passou a lançar por cima do ombro.

No domínio da atividade económica o utente obteve na primeira aplicação 1 ponto, tendo noção de quantidade, e passou a reconhecer notas, o que fez com que na segunda aplicação obtivesse um score de 3 pontos.

No domínio do desenvolvimento da linguagem, o utente obteve um score inicial de 16 e 26 final, que se traduz em passar a imitar sons de animais, expressar prazer ou desagrado através de ruídos vocais, passou a perguntar porquê e como. Passou a escrever o seu nome todo, trocando letras e invertendo algumas. Passou a responder a questões simples.

Ao nível dos números e tempo o indivíduo obteve na avaliação inicial 1 e na final 3, derivado ao facto do indivíduo passar a fazer contagens simples, e perceber corretamente as atividades de manhã e tarde.

Nas atividades domésticas, o utente passou de um score inicial de 0 para 4 que esta inerente a colocar a mesa corretamente com pratos e copos quebráveis.

No domínio da atividade pré-profissional, o utente obteve 0 pontos na primeira aplicação e 1 ponto na aplicação pós intervenção que corresponde ao facto do indivíduo passar a realizar tarefas simples.

Ao nível da personalidade, o indivíduo obteve um score inicial de 4 e final de 7 que se traduz em ficar atento em atividades significativas pelo menos 15 minutos, e os movimentos passaram a ser funcionais.

No domínio da responsabilidade, teve score inicial de 2 e final de 3 pontos, aumento este que se traduz em fazer um esforço por cumprir a tarefa.

No domínio da socialização, o indivíduo obteve um score de 13 na primeira avaliação e 17 pontos pós intervenção melhorando ao nível da interação com os outros e a aceitar melhor a crítica.

Ao nível do domínio do comportamento social, o indivíduo obteve na avaliação inicial um score de 15 e pós intervenção de 12 pontos. Este decréscimo de pontuação está associado ao aumento da tolerância à frustração, ou seja, o indivíduo passou de frequentemente para ocasionalmente, amuar/aborrecer-se quando contrariado, e fazer

birras temperamentais.

No domínio da conformidade, obteve um score inicial de 27 e final de 24; esta mudança ao nível dos comportamentos desajustados diz respeito a passar só ter ocasionalmente uma atitude negativa em relação às regras, passando a prestar mais atenção às instruções; também se verificou esta diminuição na interrupção de discussões de grupo.

No domínio merecedor de confiança, o indivíduo obteve um score inicial de 8 e final de 7 pontos o comportamento desajustado que deixou de se manifestar foi o de sujar a propriedade dos outros; é de referir que mente e engana ocasionalmente, e que suja as suas propriedades frequentemente.

Ao nível do comportamento estereotipado e hiperativo, o utente obteve um score inicial de 23 e final de 22, apresenta comportamento estereotipado batendo com o pé e abanando partes do corpo ocasionalmente, anda sem objetivo concreto, agarra-se aos outros, beijando-os e abraçando-os, ocasionalmente; ao nível dos hábitos vocais, são frequentes as gargalhadas histéricas, falar alto sem motivo aparente, repetir palavras continuamente, e imitar discurso. Verificou-se na pós-intervenção um aumento de interesse pelas atividades, passando a ser capaz de ficar sentado durante um longo período de tempo, embora ocasionalmente possa levantar-se e sair do local sem dar qualquer tipo de explicação.

No que diz respeito ao domínio comportamento sexual, o utente obteve um score inicial de 2 e final de 1, o que corresponde ao item dos comportamentos sexuais socialmente inaceitáveis, passando de deixar frequentemente que tirem vantagens sexuais facilmente, para ocasionalmente, tendo passado a ocorrer 1 ou 2 vezes semanalmente.

Ao nível do comportamento auto abusivo, obteve em ambas as aplicações um score de 1 que corresponde ao brincar com saliva ocasionalmente.

No que diz respeito ao ajustamento social, tinha inicialmente obtido um score de 9, e pós-intervenção passou a 7 pontos indicando que se tornou mais fácil alcançá-lo e melhorou nas situações sociais, ou seja, nestes pontos passou de frequentemente para ocasionalmente.

No domínio do comportamento interpessoal perturbado, verificou-se após intervenção uma melhoria ao nível dos comportamentos desajustados passando a um score de 17 em relação aos 21 pontos iniciais. É de referir que passou a reagir melhor às críticas, ou seja, só ocasionalmente não fala quando corrigido e se retira. No que diz respeito aos elogios, reduziu a interação para chamar a atenção para ocasionalmente. Por fim,

passou a só ocasionalmente parecer inseguro nas AVD's.

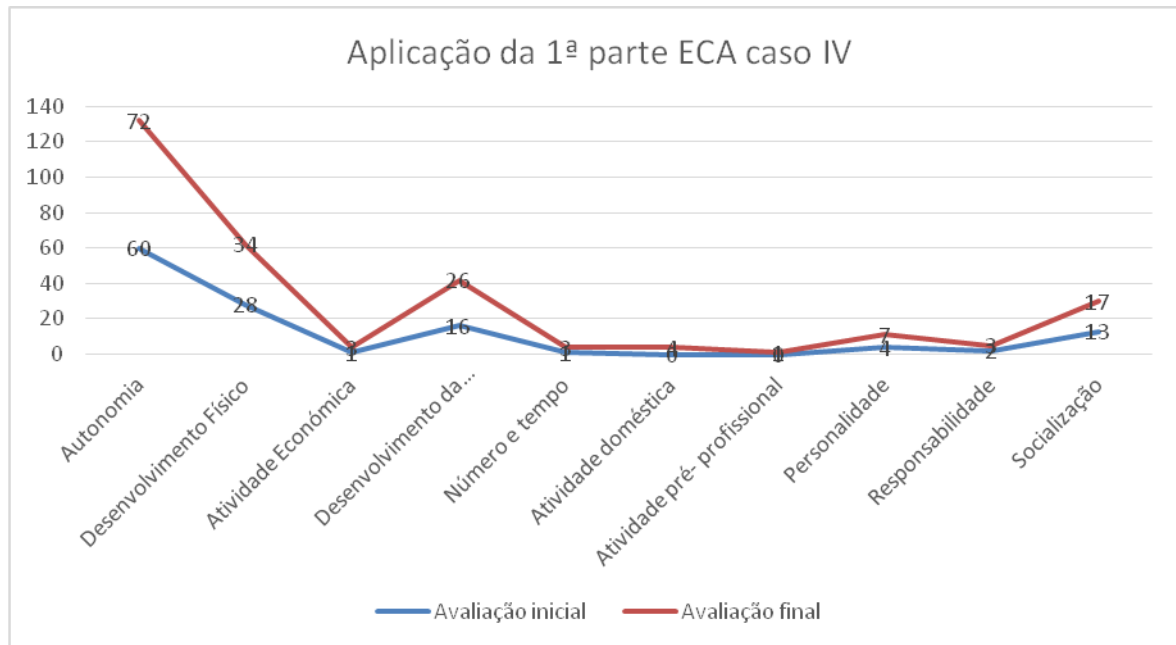


Gráfico 7 – Aplicação da 1ª parte da ECA caso IV

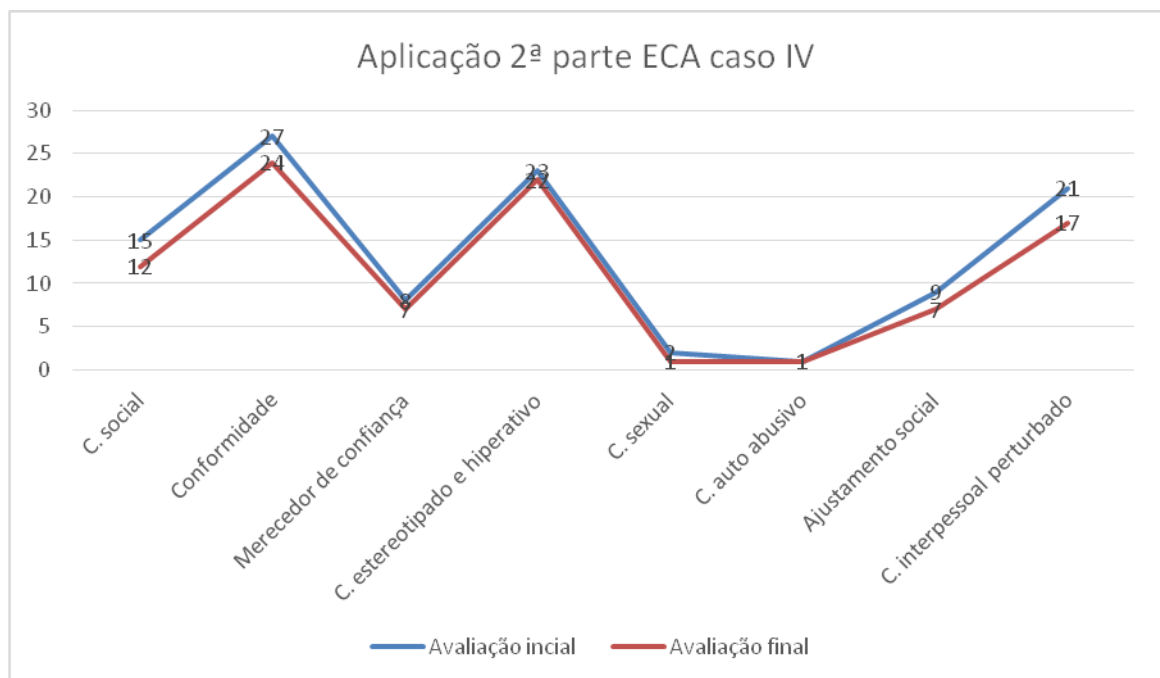


Gráfico 8 – Aplicação 2ª parte da ECA caso IV

Intervenção Psicomotora em Saúde Mental
Casa de Saúde de São João de Deus - Funchal

Tabela 19 - Análise sumária dos resultados da ECA

			Caso I				Caso II				Caso III				Caso IV			
			Avaliação inicial		Avaliação final ECA		Avaliação inicial		Avaliação final ECA		Avaliação inicial		Avaliação final ECA		Avaliação inicial		Avaliação final ECA	
I	Autonomia	Alimentação	14	67	16	75	16	77	18	83	15	54	17	81	13	60	17	72
		Utilização da casa de banho	10		10		12		12		9		9		10		10	
		Higiene	13		15		18		18		8		11		12		14	
		Aparência	5		7		7		8		2		5		3		6	
		Cuidados com o vestuário	2		2		1		1		10		17		1		1	
		Vestir e Despir	17		17		18		18		8		18		16		16	
		Deslocação	0		1		0		1		0		0		1		2	
		Outros itens da autonomia	6		7		5		7		2		4		4		6	
II	Desenvolvimento Físico	Desenvolvimento Sensorial	6	29	6	35	6	30	6	36	6	30	6	35	5	28	5	34
		Desenvolvimento Motor	23		29		24		30		24		29		23		29	
III	Atividade Económica	Manuseamento do Dinheiro	1	1	3	3	2	2	3	4	1	1	3	4	1	1	3	3
		Servicos Bancários	0		0		0		0		0		0		0		0	
		Recursos de Pagamento	0		0		0		0		0		0		0		0	
		Planificação da utilização do Dinheiro	0		0		0		0		0		0		0		0	
		Recados	0		0		0		0		0		0		0		0	
		Compras	0		0		0		1		0		1		0		0	
IV	Desenvolvimento da Linguagem	Expressão Pré-Verbal	6	27	6	37	5	18	5	23	5	13	6	14	3	16	5	26
		Palavras	2		3		2		3		2		2		3		3	

Intervenção Psicomotora em Saúde Mental
Casa de Saúde de São João de Deus - Funchal
Intervenção Psicomotora em Saúde Mental
Casa de Saúde de São João de Deus - Funchal

			Caso I				Caso II				Caso III				Caso IV			
			Avaliação inicial		Avaliação final ECA		Avaliação inicial		Avaliação final ECA		Avaliação inicial		Avaliação final ECA		Avaliação inicial		Avaliação final ECA	
		Frases	1		2		1		2		0		0		1		2	
		Articulação	2		3		5		5		3		3		3		3	
		Expressão	2		5		0		1		1		1		2		5	
		Compreensão Verbal	4		6		2		2		1		1		2		4	
		Desenvolvimento da Linguagem Social	10		12		3		5		1		1		2		4	
V	Número e tempo	Números	4		8		3		4		2		3		1		2	
		Tempo	3	11	4	17	0	4	1	7	0	2	0	3	0	1	0	3
		Conceito de Tempo	4		5		1		2		0		0		0		1	
VI	Atividade doméstica	Limpeza	0		1		0		1		0		1		0		1	
		Cozinha	1	1	2	3	4	4	5	6	0	0	3	4	0	0	3	4
		Outros Deveres Domésticos	0		0		0		0		0		0		0		0	
VII	Atividade pré-profissional	Complexidade do Trabalho	1		1		1		1		0		1		0		1	
		Desempenho do Trabalho	0	1	1	5	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1
		Hábitos do Trabalho/Ecolares	0		3		0		0		0		0		0		0	
VIII	Personalidade	Iniciativa	5		6		2		3		0		1		2		3	
		Perseverança	5	10	7	13	4	6	7	10	2	2	4	5	2	4	4	7
IX	Responsabilidade	Objetos Pessoais	1		1		0		0		0		1		0		0	
		Responsabilidade em Geral	2	5	2	6	1	1	1	1	0	2	1	5	0	2	1	3
		Responsabilidade Pessoal	2		3		0		0		2		3		2		2	
X	Socialização	Cooperação	1		1		1		1		0		1		0		2	
		Consideração pelos Outros	0	12	0	15	1	9	1	10	0	10	0	13	1	13	1	17

			Caso I				Caso II				Caso III				Caso IV			
			Avaliação inicial		Avaliação final ECA		Avaliação inicial		Avaliação final ECA		Avaliação inicial		Avaliação final ECA		Avaliação inicial		Avaliação final ECA	
		Consciência da Existência dos Outros	2		3		1		1		1		1		3		3	
		Interação com os Outros	2		2		1		2		1		2		1		2	
		Participação em Atividades de Grupo	1		2		1		1		1		2		1		1	
		Egoísmo	3		4		0		0		3		3		2		3	
		Maturidade Social	3		3		4		4		4		4		5		5	

4.1.3 Resultados da aplicação da EPR

Em relação ao fator independência, verifica-se nos dados obtidos que não existem grandes discrepâncias entre o questionário pessoal e a observação direta, sendo de referir que, ao nível da educação pessoal e competências pessoais, todos os casos apresentam pouca autonomia. Todavia, poderiam ser fornecidas ferramentas que possibilitassem uma maior autonomia dos indivíduos e consequentemente a necessidade de um menor apoio, mais especificamente nas atividades de tomar a medicação, que é efetuada com supervisão, o ter acesso a informação, como poder consultar a internet, ou conseguir utilizar um telemóvel.

No domínio da autodeterminação, todos os elementos obtiveram resultado muitos baixos, ou seja, atendendo às suas dificuldades e própria natureza da unidade em que estão inseridos (unidade com elevado apoio em todas as atividades), os utentes ficam limitados ao nível das oportunidades de escolha, que por sua vez vai limitar a sua participação.

Tabela 20 - Resultados de independência da EPR Inicial/final

Independência inicial/final					
Domínio		Desenvolvimento pessoal		Autodeterminação	Total
Caso I	Questionário	11/11		7/7	18/18
Caso II		12/12		7/7	19/19
Caso III		10/10		7/7	17/17
Caso IV		10/10		7/7	17/17
Caso I	Observação direta	11/11		7/7	18/18
Caso II		12/12		8/8	20/20
Caso III		10/10		6/6	16/18
Caso IV		10/10		6/6	16/16
Pontuação 1 2 3 4 5 6					

No que diz respeito ao fator participação social, no seu primeiro domínio das relações interpessoais, verificam-se alguns valores inflacionados atendo a que os utentes já consideram a unidade como casa. Tomando por referência o sentido da morada, verifica-se que apenas o caso IV, se verificou que está presente o desejo de estar com a família na sua residência falando sobre os seus pais e sobre os momentos em que estes o visitam. No que diz respeito à inclusão social, verificou-se que devido às suas dificuldades a sua participação na comunidade está comprometida, sendo de referir que só muito pontualmente efetuam atividades como passeios. Todavia, é de referir que o

elemento retratado como caso I é o que tem mais oportunidades e participa em mais eventos desta natureza.

Tabela 21 - Resultados da Participação Social inicial/final

Participação Social inicial/final					
Domínio		Relações Interpessoais	Inclusão Social	Direitos	Total
Caso I	Questionário	10/10	8/8	9/9	27/27
Caso II		9/9	8/8	9/9	26/26
Caso III		7/7	8/8	9/9	24/24
Caso IV		7/7	8/8	9/9	24/24
Caso I	Observação direta	8/8	6/6	6/6	20/20
Caso II		8/8	7/7	6/6	21/21
Caso III		6/6	6/6	6/6	18/18
Caso IV		6/6	6/6	6/6	18/18
Pontuação 1 2 3 4 5 6					

Ao nível dos domínios dos direitos, não é permitido, na unidade em que se inserem, terem animais, ou as chaves do seu quarto; em relação ao estarem sozinhos, os quartos são partilhados. Quanto a estar com uma namorada sempre que pretender, apesar de a questão referir que se não tiver, assinala-se como sim, não é viável nestes casos em específico, atendo às características do espaço. Todavia é de salientar que existe um espaço para visitas, e que existe algum tipo de relacionamento nos casos I, II, IV, sendo de referir que o caso I disse estar noivo, apesar de estar institucionalizado desde 1991. Verificamos nos quatro indivíduos que a sua participação social está comprometida devido a não frequentarem outros contextos para além do institucional.

Tabela 22 - Resultados do Bem-estar da EPR inicial/final

Bem-Estar inicial/final					
Domínio		Bem-estar emocional	Bem-estar físico	Bem-estar material	Total
Caso I	Questionário	15/15	16/18	8/8	39/41
Caso II		14/14	16/18	8/8	38/40
Caso III		14/14	16/18	8/8	38/40
Caso IV		14/14	16/18	8/8	38/40
Caso I	Observação direta	14/14	11/11	6/6	31/31
Caso II		16/16	9/10	6/6	31/32
Caso III		13/13	9/11	6/6	28/29
Caso IV		13/13	9/11	6/6	28/30
Pontuação 1 2 3 4 5 6					

Ao nível do fator do bem-estar, foi verificado que nos domínios do bem-estar emocional, bem-estar físico, e bem-estar material os utentes apresentam valores mais altos, verifica-se que estão protegidos, têm mais ou menos sucesso nas tarefas que desenvolvem, regra geral são pouca, sendo de referir que os caso I e II, são os elementos que têm tarefas mais estruturadas, na sua análise consideram-se pessoas felizes e depositam grande confiança nas pessoas significantes para os mesmos, como os auxiliares e enfermeiro, que são figuras de proximidade nesta unidade. Ao nível do domínio de bem-estar físico, a sua saúde é monitorizada diariamente, o que leva a que tenham uma perceção bastante boa da sua saúde, e efetuam alguns jogos e atividades uma vez por semana. No que diz respeito à alimentação, têm uma perceção de que é saudável, todavia é de referir que, através de observação direta, comem diariamente alimentos que contêm muitos açúcares, como bolos e leites achocolatados. Referiram que acordam bem despertos de manhã, embora seja frequente encontrá-los a dormir em bancos.

Tabela 23 - Resultados do indicador de qualidade de vida da EPR inicial/final

		Caso I	Caso II	Caso III	Caso IV
INDICADOR DA QUALIDADE DE VIDA	Indicador do questionário de qualidade de vida	84/86	83/85	79/81	79/81
(total dos fatores Independência, Participação Social e Bem-estar)	Indicador da observação direta da qualidade de via	69/70	72/73	62/63	62/64

Tabela 24 - Resultados de satisfação da EPR inicial e final

Domínios	Muito satisfeito	Nem muito nem pouco satisfeito	Pouco satisfeito
Desenvolvimento pessoal		X	
Autodeterminação		X	
Relações interpessoais		X	
Inclusão social		X	
Direitos		X	
Bem-estar emocional		X	
Bem-estar físico		X	
Bem-estar material		X	

Relativamente ao questionário pessoal, na pergunta relacionada com a importância e satisfação relativa aos domínios, os sujeitos não foram capazes de organizar os 8

domínios pelo grau de relevância para si, mas com a ajuda da enfermeira de serviço, conseguiu-se chegar ao objetivo pretendido. Assim sendo, para os indivíduos em estudo, o mais importante para si é o bem-estar emocional e o menos importante é o bem-estar material, o que podemos relacionar com o facto de não terem autonomia financeira.

Através da análise da tabela 26, verifica-se que existe uma igualdade para todos os domínios, o que também induz a alguma dificuldade de compreensão da questão. Os indivíduos não se mostraram nem muito nem pouco satisfeitos com os diferentes domínios.

Em suma, os indivíduos apresentam resultados, baixos, pois têm a percepção de que poderiam ter uma maior independência, participação social, e bem-estar. Devido às limitações observadas, verificou-se que o domínio no qual os indivíduos têm uma melhor percepção é o do bem-estar emocional, pelo facto de terem desenvolvido uma rede social dentro da unidade em que se inserem.

Na segunda aplicação verificou-se apenas uma alteração que diz respeito ao bem-estar físico, nomeadamente ao nível da participação em exercício e atividade que passou a ser frequentemente. Como é possível verificar nos gráficos que se seguem, comparando a primeira aplicação, com a aplicação final.

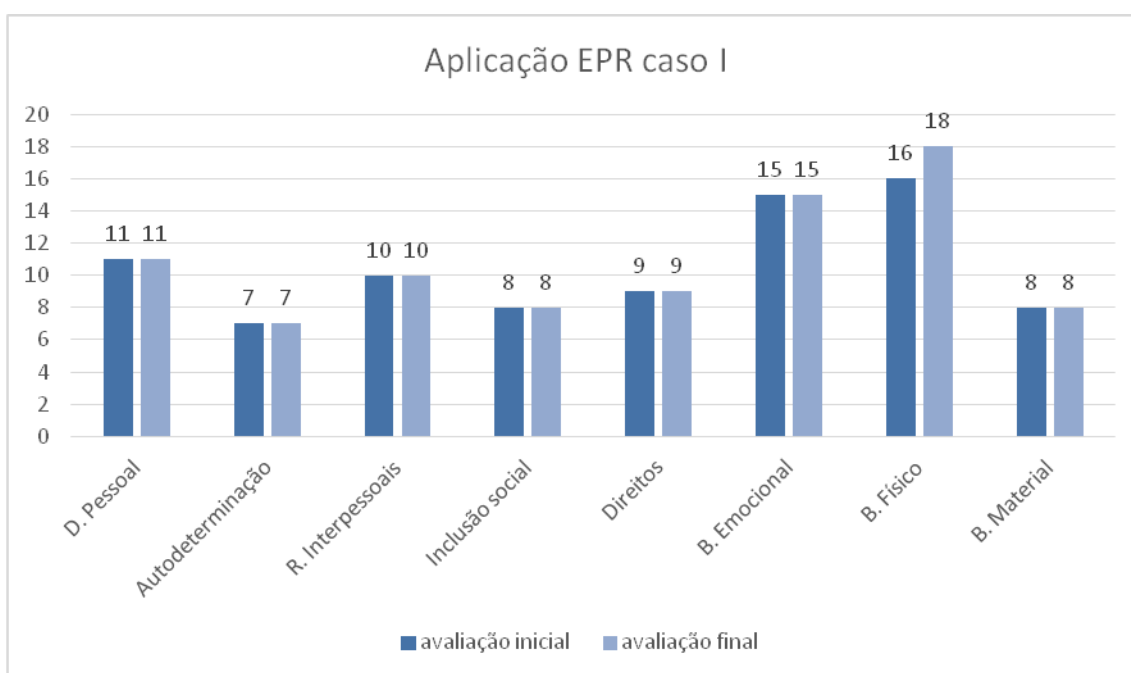


Gráfico 9 – Aplicação EPR caso I

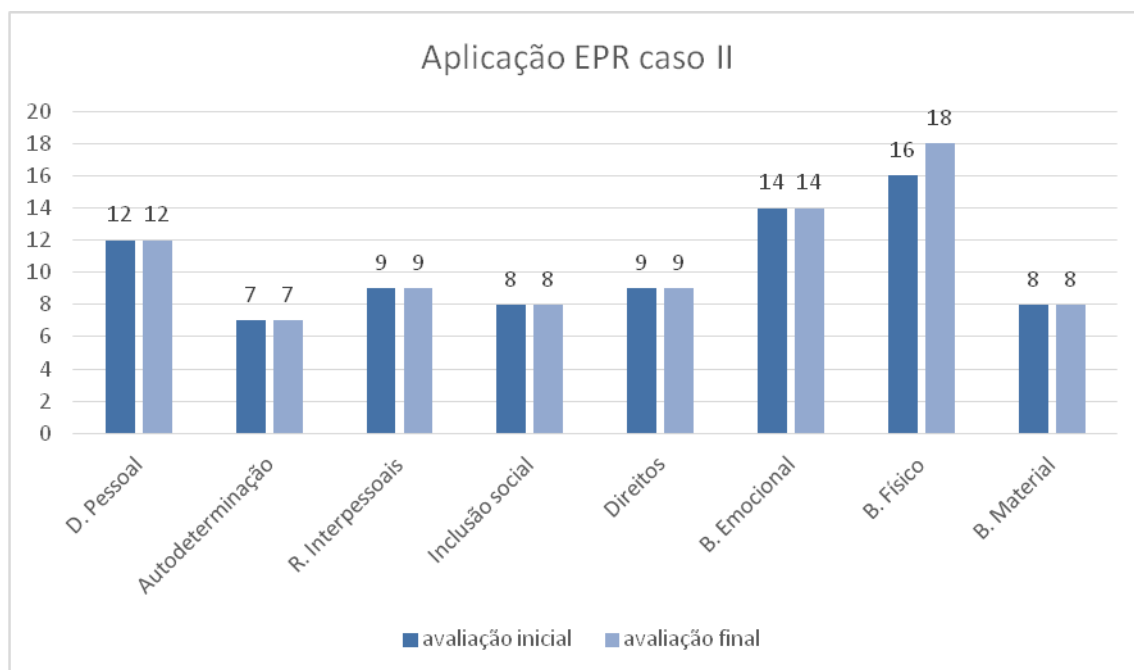


Gráfico 10 – Aplicação EPR caso II

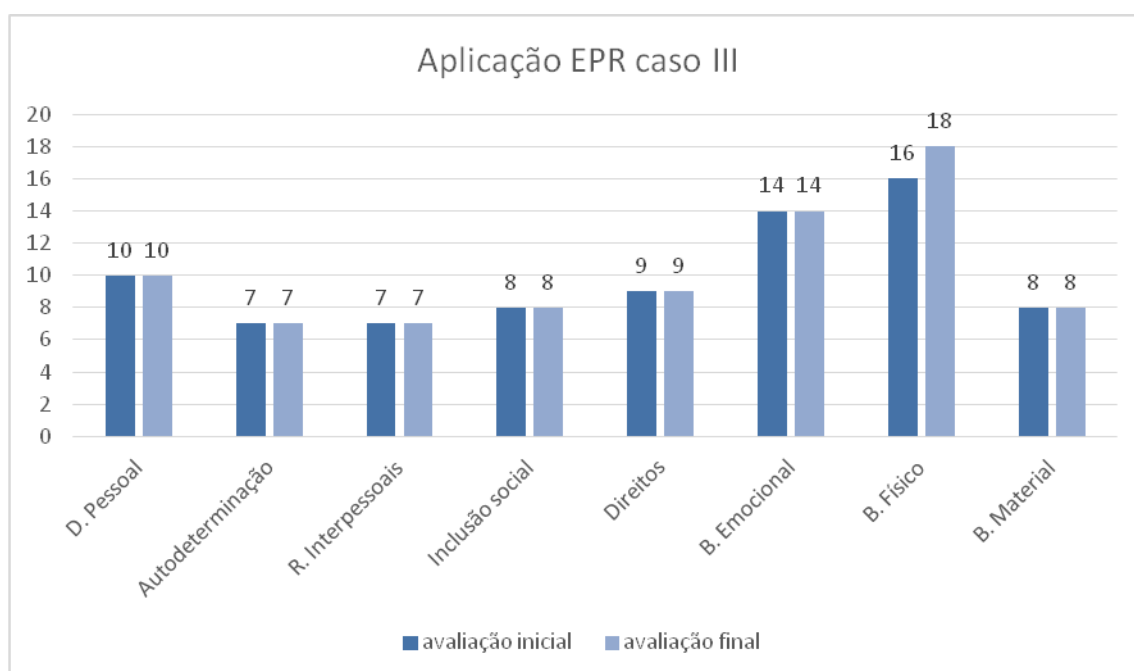


Gráfico 11 – Aplicação EPR caso III

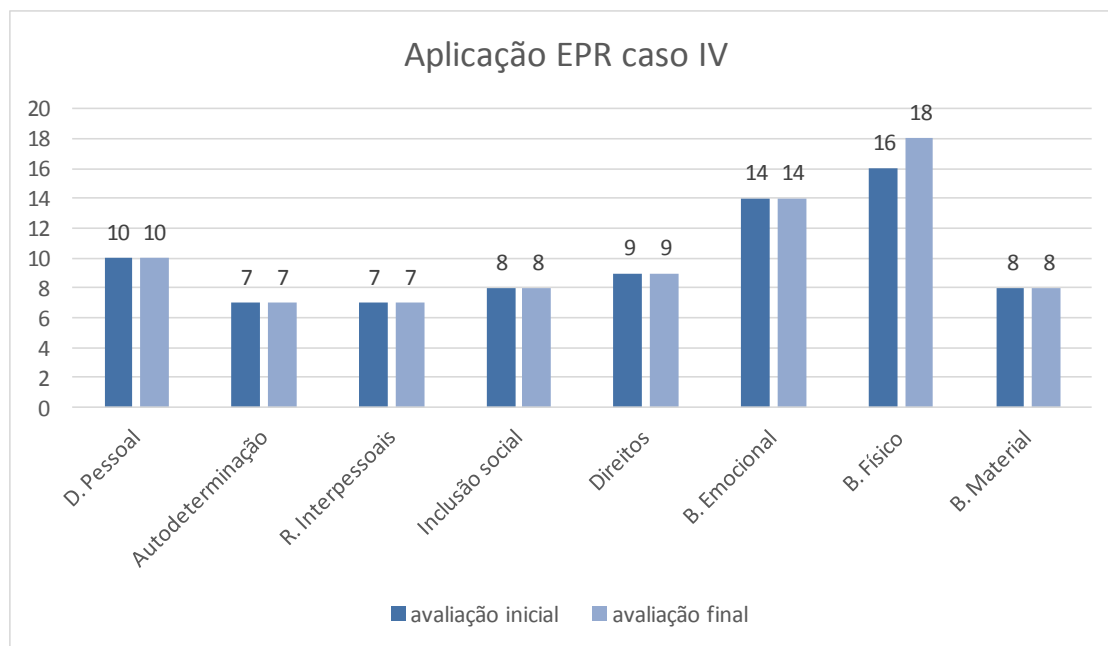


Gráfico 12 – Aplicação EPR caso IV

4.1.4. Resultados da aplicação da BPM

Tabela 25 – 1ª Aplicação da bateria psicomotora (adaptada)

Bateria psicomotora								
Fator psico-motor	Casos	Tonici-dade	Equili-bração	Latera-lização	Noção corporal	Noção espaço-temporal	Praxia global	Praxia fina
Resultados 1ª Aplicação	I	2.44	2.57	3.0	2.8	2.75	2.5	2.33
	II	2.56	2.85	1.0	2.6	2.25	2.16	1.67
	III	2.22	2.29	2.0	2.4	2.0	1.83	2.0
	IV	2.22	2.14	3.0	2.2	2.25	2.0	2.33

Tabela 26 – 2ª aplicação da bateria psicomotora (adaptada)

Bateria psicomotora								
Fator psico-motor	Casos	Tonici-dade	Equili-bração	Latera-lização	Noção corporal	Noção espaço-temporal	Praxia global	Praxia fina
Resultados 2ª Aplicação	I	2.56	2.64	3.0	3.0	3.0	2.66	2.67
	II	2.78	2.85	1.0	2.8	2.25	2.33	2.0
	III	2.44	2.5	2.0	2.4	2.25	2.16	2.33
	IV	2.33	2.29	3.0	2.6	2.5	2.16	2.33

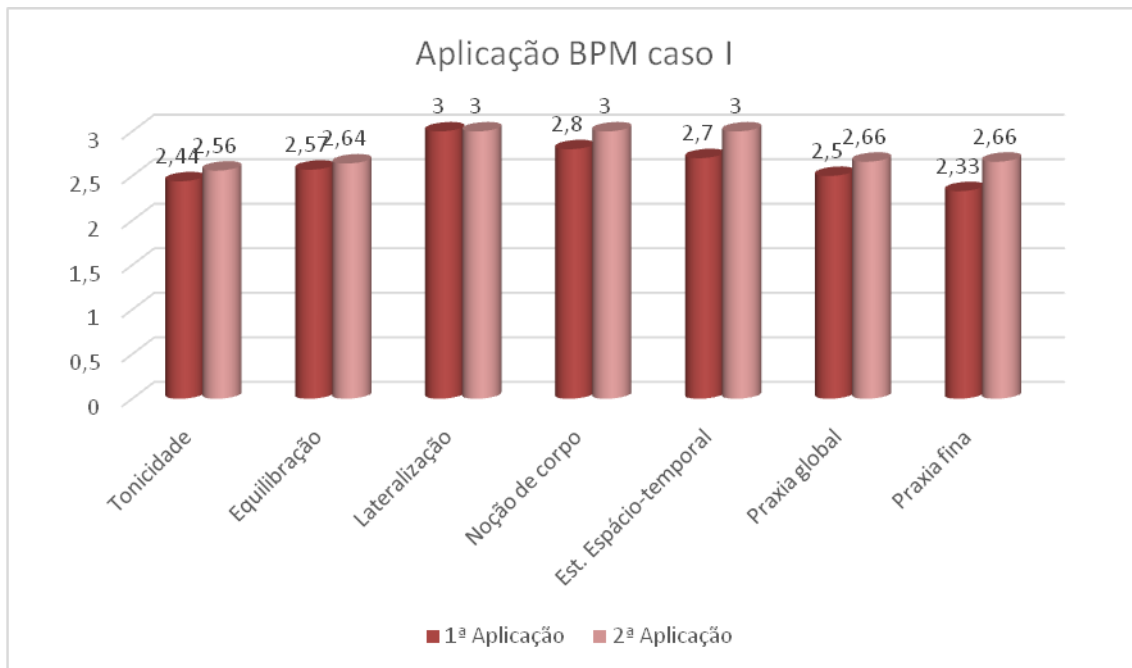


Gráfico 13 – Aplicação BPM caso I

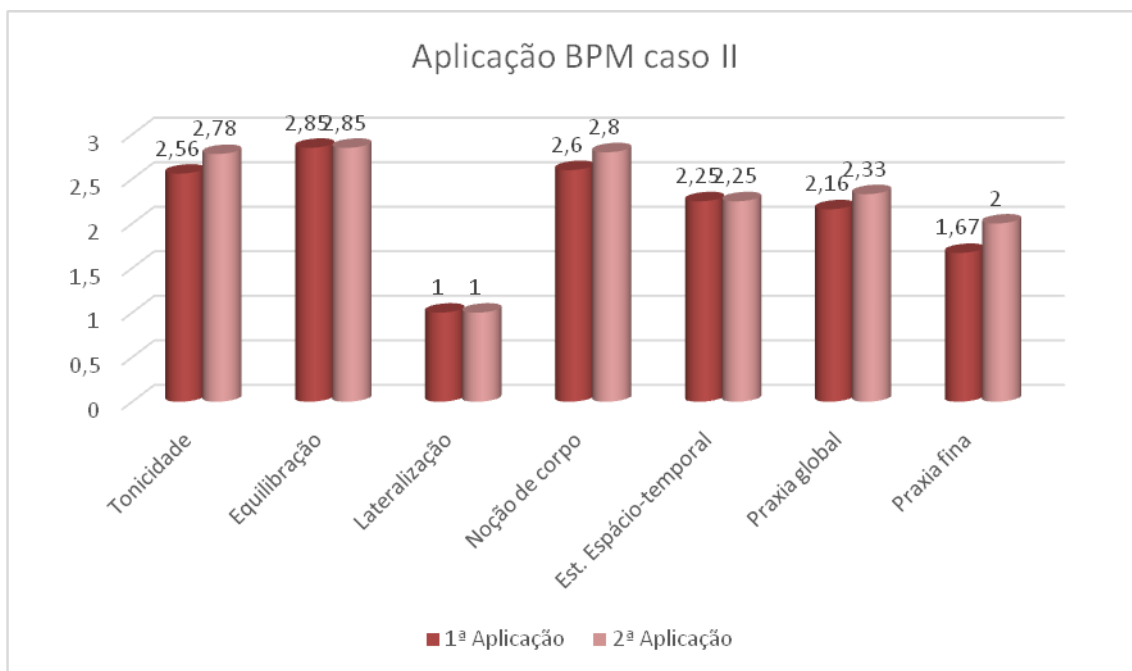


Gráfico 14 – Aplicação BPM caso II

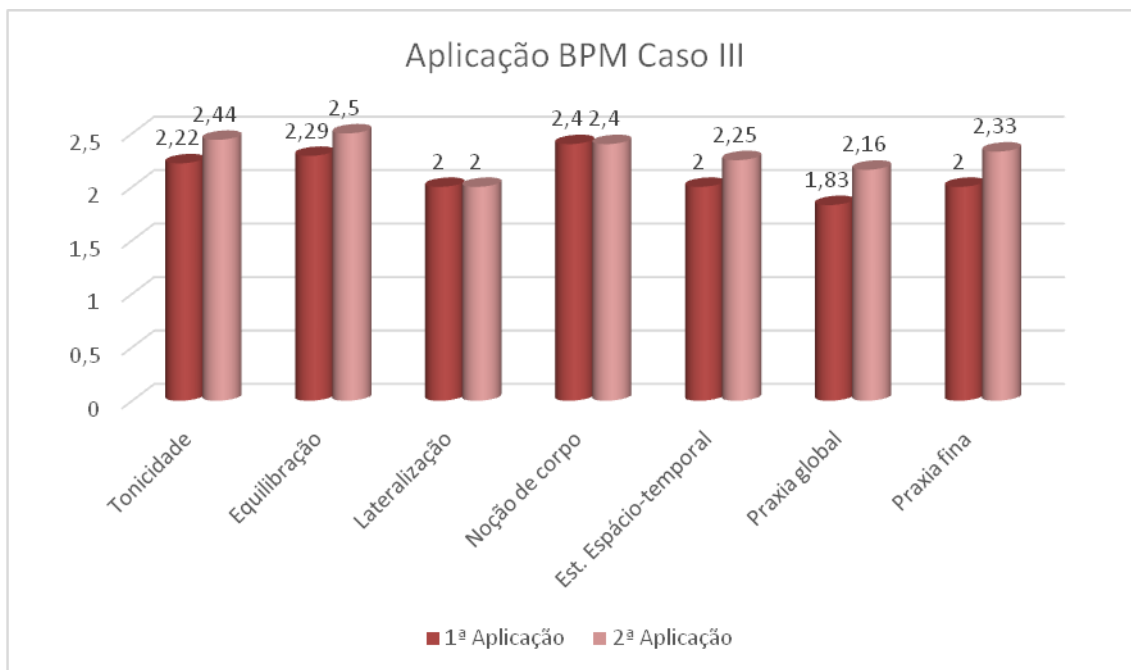


Gráfico 15 – Aplicação BPM caso III

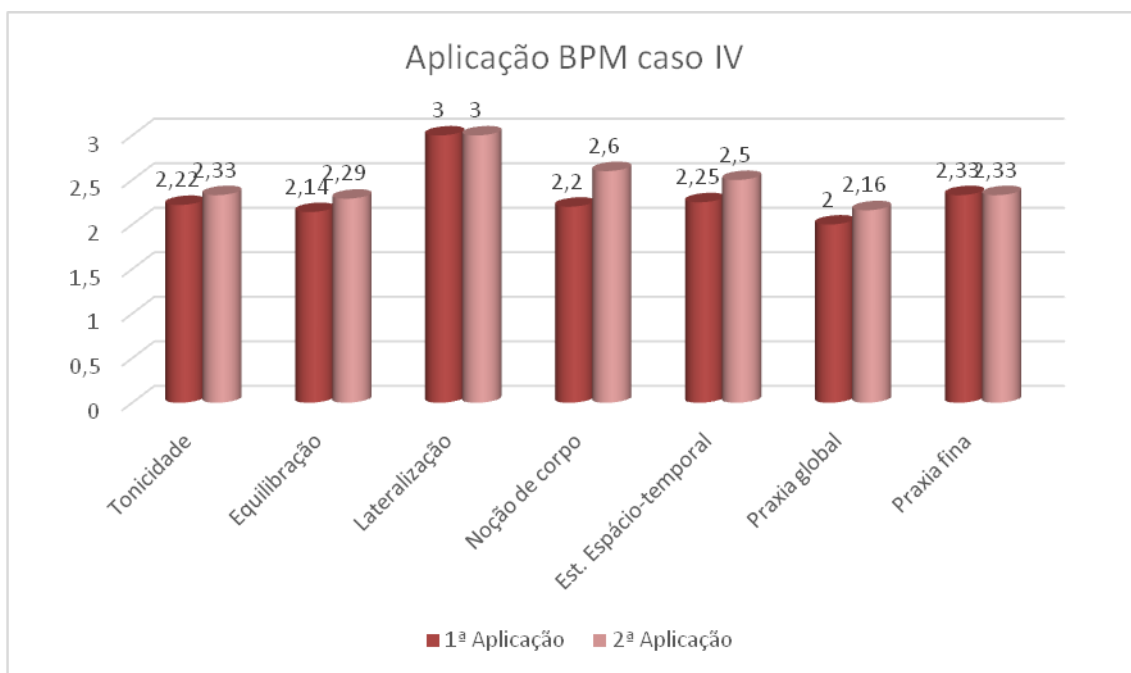


Gráfico 16 – Aplicação BPM caso IV

Após efetuarmos a comparação de resultados entre a primeira e segunda aplicação da BPM, verificou-se manutenção e ligeiros aumentos em todos os fatores psicomotores. Sendo de referir que todos os elementos, obtiveram melhorias ao nível da tonicidade e praxia global.

4.1.5 Análise SWOT da Unidade de Evolução Prolongada

A análise SWOT consiste numa técnica de análise, que permite a interpretação de quatro pontos fundamentais, verificando as áreas fortes e as áreas fracas, que dizem respeito ao fatores de nível interno e externo de um determinado contexto.

Neste caso optámos por utilizar esta técnica tendo em vista realizar uma análise dos resultados obtidos após a nossa intervenção psicomotora por forma a analisar o seu impacto nos casos reportados neste relatório. Assim a intervenção psicomotora e o seu impacto são analisadas no que respeita cada indivíduo, bem como em relação às oportunidades e ameaças que dizem respeito ao nível externo do contexto institucional em que estes se inserem, neste caso em particular relativamente à implicação da nossa intervenção ao nível da promoção de competências. Desta forma poderemos analisar as estratégias mais adequadas a implementar, tendo a consciência de que existe sempre um equilíbrio entre o que promove o progresso e o que atrasa o desenvolvimento (Nejjad, 2015).

Tabela 27 - Análise SWOT caso I

SWOT	Ajuda no desenvolvimento	Dificulta o desenvolvimento
	Áreas Fortes	Áreas Fracas
Internas	<ul style="list-style-type: none"> - Boa capacidade de aprendizagem em tarefas estimulante - Interesse em atividades que apelem ao jogo lúdico, em especial de carácter motor 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de motivação para desenvolver novas tarefas - Dificuldade em concentrar-se - Dificuldade em manter-se na tarefa proposta
	Oportunidade	Ameaças
Externas	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade para integrar programas de intervenção psicomotora - Exploração num meio controlado - Atividades fora da unidade como passeios 	<ul style="list-style-type: none"> - Estar inserido numa unidade que promove apoio total - Pouca utilização das aprendizagens em contexto rela - Ter uma rede de contactos pouco desenvolvida. - Falta de atividades que estimulem a aquisição de comportamentos adaptativos e as AVD'S

Caso I – Perante as observações efetuadas, verificou-se que o indivíduo apresentava diversas dificuldades nos vários domínios observados, sendo de referir que existem fatores externos que ameaçam o desenvolvimento das capacidades adaptativas e, por consequência, a autonomia do indivíduo. Mais especificamente, o facto de o indivíduo estar inserido numa unidade de evolução prolongada, caracterizada pelo

elevado apoio em todas as atividades de vida diária, promove a sua acomodação, mas restringe a sua autonomia. Para este indivíduo, a intervenção psicomotora promoveu uma melhoria em todos os domínios inerentes ao comportamento adaptativo, que por sua vez melhorou a sua autonomia, e diminuiu os comportamentos desajustados. De acordo com a escala pessoal de valores, verificou-se que existe falta de autonomia, na escolha, sendo de realçar que o indivíduo tem uma visão do seu bem-estar emocional bastante elevada, devido à superproteção da unidade em que se insere. Desta forma, pode-se afirmar que o indivíduo tem capacidades de apreender novas habilidades psicomotoras assim como disponibilidade para tal, as atividades regulares extra unidade limitam a sua aquisição e por consequência promovem a acomodação.

Tabela 28 - Análise SWOT do caso II

SWOT	Ajuda no desenvolvimento	Dificulta o desenvolvimento
	Áreas Fortes	Áreas Fracas
Internas	<ul style="list-style-type: none"> - Interesse em atividades que apelem ao jogo lúdico, em especial de carácter motor - Executar tarefas de carácter simples 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldades ao nível dos vários domínios de comportamento adaptativo - Dificuldades ao nível da motricidade - Dificuldade em manter-se na tarefa proposta, se esta não for ao encontro dos seus interesses
	Oportunidade	Ameaças
Externas	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade para integrar programas de intervenção psicomotora - Boa integração na unidade em que está inserido 	<ul style="list-style-type: none"> - Não ter uma participação ativa na sociedade - Ter uma rede de contactos pouco desenvolvida - Poucas atividades que estimulem a aquisição de comportamentos adaptativos e as AVD'S

Caso II - Apesar de ter uma boa capacidade funcional, apresenta grande resistência à mudança, o que dificulta a aquisição de novas competências. Todavia, apesar das dificuldades manifestadas inicialmente, esteve disponível para efetuar as atividades, demonstrando uma boa interação com todos os membros envolvidos neste projeto. Ao verificarmos os resultados das escalas aplicadas, observou-se melhorias em todos os domínios, o que irá promover a autonomia do indivíduo. Desta forma, podemos referir que a intervenção psicomotora realizada promoveu melhorias ao nível do comportamento adaptativo do indivíduo, embora ainda exista um longo caminho a percorrer, a fim de promover a autonomia e qualidade de vida. Desta forma, seria benéfico para indivíduo estar incluído num programa em que se promovessem as diversas atividades de vida diária, em especial atividades de controlo de algum dinheiro, atividades pré-profissionais e, também, atividades escolares.

Tabela 29 - Análise SWOT caso III

SWOT	Ajuda no desenvolvimento	Dificulta o desenvolvimento
	Áreas Fortes	Áreas Fracas
Internas	<ul style="list-style-type: none"> - Interesse em atividades que apelem ao jogo lúdico, em especial de carácter motor - Escutar tarefas de carácter simples 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade em manter-se focado num objetivo - Dificuldades ao nível dos vários domínios de comportamento adaptativo; - Dificuldade em manter-se na tarefa proposta.
	Oportunidade	Ameaças
Externas	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade para integrar programas de intervenção psicomotora - Boa integração na unidade em que está inserido 	<ul style="list-style-type: none"> - Não ter uma participação ativa na sociedade - Ter uma rede de contactos pouco desenvolvida - Ter demasiado apoio para desenvolver as AVD'S

Caso III – verificou-se durante a intervenção psicomotora que este indivíduo, inicialmente, era extremamente tímido o que afetava a sua participação. Após desenvolver uma relação empática com o técnico, melhorou significativamente a sua participação nas tarefas. É de referir que teve uma evolução ao nível do comportamento adaptativo, demonstrado interesse nas atividades desenvolvidas, executando todas as tarefas propostas, havendo ocasionalmente necessidade de simplificar a informação, o que se traduz em certa parte por segmentação do pedido, ou seja, dividir em vários objetivos que vão culminar no pretendido. Demonstrou-se sempre disponível para participar nas atividades, demonstrando uma boa funcionalidade psicomotora, assim como uma boa interação com outros. Em termos das dificuldades apresentadas, é de referir que não gosta de experienciar coisas que não lhe sejam familiares, evitando-as, o que dificulta a aquisição de habilidades adaptativas, por sua vez influência o tempo em que fica numa determinada tarefa, associado ao facto de ter dificuldades em se expressar. Por outro lado, a unidade com o elevado apoio que providência, a falta de contacto com o meio extra instituição e pouco treino de AVD's serve de manutenção e acomodação deste indivíduo. Desta forma, a intervenção psicomotora teve benefícios para o utente, munindo-o de ferramentas que irão proporcionar uma maior autonomia e melhor qualidade de vida, como verificado na comparação de resultados entre as aplicações da ECA.

Tabela 30 - Análise SWOT do caso IV

SWOT	Ajuda no desenvolvimento	Dificulta o desenvolvimento
	Áreas Fortes	Áreas Fracas
Internas	<ul style="list-style-type: none"> - Interesse em atividades que apelem ao jogo lúdico, em especial de carácter motor - Sociável - Escutar tarefas de carácter simples 	<ul style="list-style-type: none"> - Dificuldade em manter-se focado num objetivo - Dificuldades ao nível dos vários domínios de comportamento adaptativo - Fraca tolerância a frustração
	Oportunidade	Ameaças
Externas	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilidade para integrar programas de intervenção psicomotora - Interação com os familiares 	<ul style="list-style-type: none"> - Não ter uma participação ativa na sociedade - Ter uma rede de contactos pouco desenvolvida - Ter demasiado apoio para desenvolver as AVD'S

Caso IV - ao efetuar a análise SWOT deste indivíduo, verificou-se, que demonstra interesse na intervenção psicomotora, mais especificamente nas tarefas que apelam às dinâmicas de jogo, preferindo jogar em equipa, sendo um elemento bastante sociável. Desenvolve autonomamente tarefas simples, sempre que lhe são solicitadas. Mostrou-se sempre disponível para participar nas atividades propostas, tem uma boa capacidade funcional, sendo capaz de seguir instruções simples. É de referir que familiares do indivíduo em causa vieram visitá-lo 2 vezes no espaço de 4 meses, dado facultado pelo mesmo, o que demonstra algum grau de importância para a família. Ao nível do desenvolvimento, verificou-se que tem dificuldade em manter-se centrado no objetivo, o que o limita a nível do comportamento adaptativo e da aquisição de novas habilidades. O facto de ter fraca tolerância à frustração faz com que o elemento não se envolva em atividades nas quais possa falhar. O ficar dentro de uma unidade com apoio elevado torna-o confortável, implicando ter pouca participação na sociedade e limitando o seu contacto com pessoas externas. Associado a este facto está o proporcionarem demasiado apoio nas AVD's, que com o treino das mesmas, poderiam ser suprimidas.

4.2 Intervenção no Centro de Reabilitação de Alcoologia (CRA)

A intervenção psicomotora no CRA foi introduzida como uma atividade complementar a outras atividades dinamizadas, na enfermagem, psicologia e terapia ocupacional. O encaminhamento para as sessões de psicomotricidade eram realizadas após avaliação efetuada na consulta de psiquiatria e avaliação na enfermagem através das escalas URICA e SF-36. As escalas são aplicadas pela equipa multidisciplinar, a fim

de estabelecer um plano individual de intervenção e medir os ganhos ao fim das 4 semanas de cada utente que passa na Casa de Saúde São João de Deus.

Todos os utentes integraram o programa com uma duração de 4 semanas. Neste programa foi estabelecido que os utentes deveriam estar presentes em 4 sessões de psicomotricidade com uma duração de 60 minutos, sendo estas de carácter obrigatório.

É de referir que durante a semana havia duas sessões, ou seja, o grupo era dividido em duas partes, tendo um máximo de 13 utentes por sessão.

Como já foi referido ao longo do estágio estiveram presentes em quatro sessões de psicomotricidade 77 utentes dois quais através de uma amostra aleatória, foram seleccionados 10 elementos que serão designados por (A,B,C,D,E,F,G,H,I,J).Efetuaremos de seguida uma comparação entre a 1ª aplicação e 2ª aplicação da SF-36 e URICA.

Tabela 31 - Objetivos da intervenção psicomotora no CRA

Objetivos gerais	Objetivos específicos
Prevenir comportamentos de risco associados ao consumo de álcool	Promover a autonomia e as experiências positivas associadas á prática de uma atividade física regular
Promover uma melhor percepção do estado de saúde e funcionamento global	Facilitar o reconhecimento de sensações corporais e de tomada de consciência de estados de tensão relaxação corporal e sua relação com estados emocionais de prazer e bem-estar associados a uma percepção positiva face à capacidade para desempenhar atividades, a sua saúde em geral, relações sociais, estado emocional e saúde mental.
Promover a adesão ao tratamento e reconhecimento da necessidade de mudança de atitudes e comportamentos face à dependência de consumo de álcool	Identificar pensamentos, emoções e comportamentos associados à motivação intrínseca para uma mudança face ao consumo de álcool
Compreender a problemática associada ao consumo de álcool	Reconhecer as implicações associadas à dependência e consumo de álcool

Posteriormente são descritas as atividades desenvolvidas com os utentes do CRA.

Tabela 32- Atividades do CRA

Atividade	Objetivo geral	Objetivo Específico	Descrição da atividade
Circuito psicomotor	- Consciencialização e orientação para a prevenção do alcoolismo.	- Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico; - Melhorar a coordenação, óculo-pedal e óculo manual; - Melhorar o respeito pelas regras.	É apresentado aos utentes uma série de obstáculos, nomeadamente uma trave, que de ser transposta pé-ante-pé, seis arco nos quais só podem ser colocados um pé à vez e uma secção de lançamento de bolas aos pinos, tendo que colocar o circuito exatamente como estava inicialmente. É solicitado que o efetuem mais rápido possível podendo ser efetuado 3 vezes.
A minha imagem em espelho	- Tomada de consciência de sensações corporais.	- Melhorar a capacidade de imitar gestos; - Melhorar a perceção dos limites do corpo.	Os utentes devem reconhecer as diferentes partes do corpo, movendo-as livremente, ao som da música, tendo o seu par que acompanhar os movimentos.
Ao ritmo do toque	- Desenvolver noções espaço- temporais; - Desenvolver a capacidade de seguir instruções.	- Promover a atenção; - Melhorar a coordenação de movimentos; - Melhorar a discriminação entre esquerda e direita; - Promover as relações entre os membros do grupo.	Nesta atividade os utentes terão que estar atentos ao número de toques efetuados num tambor, efetuando o movimento associado ao número de toques: 1 - voltar á direita 2 - voltar á esquerda 3 - não é efetuada qualquer ação 4 - saltar a pés juntos 5 - cumprimentar o colega mais próximo.
Futebol adaptado	- Melhorar a praxia global; - Melhorar a resolução de problemas.	- Promover o trabalho de equipa; - Promover estratégias orientadas para a resolução de problemas;	Para efetuar o jogo de futebol adaptado são formados pares que se unem através de tiras de velcro nos punhos, e posteriormente tornozelos, os tamanhos das bolas utilizadas variam ao longo do jogo. A decisão do técnico é soberana, criando situações inesperadas que os utentes têm que resolver ao longo do jogo.
Gato e rato	- Melhorar a praxia global.	- Promover o trabalho de equipa; - Compreender a inversão de papéis, tanto no contexto de jogo como vida extra instituição.	Os utentes assumem em um papel de gato e rato em que o rato é apanhado, ficando os restantes a formar uma roda. Em seguida são introduzidos mais ratos e gatos, sendo de referir cada vez que se tocam invertem papéis. Efetuando de seguida uma analogia com o contexto com que se deparam regularmente.

Atividade	Objetivo geral	Objetivo Específico	Descrição da atividade
Role play jangada	<ul style="list-style-type: none"> - Melhor a capacidade de expressão; - Desenvolver a capacidade de resolução de problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a expressão física; - Desenvolver estratégias para resolução de problemas. 	Os utentes terão que representar personagens, sem recurso a linguagem verbal, verificando-se quais os que devem continuar na jangada, que tem uma lotação máxima de 4 indivíduos e quais os que devem sair, sendo no final efetuada uma confrontação com a problemática do alcoolismo.
Relaxamento	- Promover a eutonia.	<ul style="list-style-type: none"> - Promover a passividade dos membros; - Melhorar o controlo da contração e descontração dos grandes grupos musculares. 	Durante a atividade os utentes consoante as instruções devem contrair ou descontrair a parte do corpo solicitada.

Todas as sessões foram realizadas com o grupo dividido em duas partes e contemplavam sempre uma dinâmica inicial, uma atividade principal, e uma atividade de relaxamento, com uma posterior dinâmica de reflexão e encerramento da sessão.

A atividade de ginásio foi realizada uma vez por semana, num total de 16 sessões, composta por uma sessão de uma hora, em que os utentes podiam utilizar livremente vários equipamentos ao seu dispor que envolviam a prática autónoma em praxias globais como a marcha e a corrida.

Tabela 33 - Atividade complementar do CRA

Atividade	Objetivo geral	Objetivo Específico	Descrição da atividade
Ginásio	Prevenir comportamentos de risco associados ao consumo de álcool	- Introduzir práticas corporais e de exercício para uma vida saudável.	Os utentes podem utilizar os equipamentos disponíveis no ginásio, estabelecendo um plano individual de mobilização geral que inclui um tempo de marcha e corrida.

4.2.1 Aplicação da escala URICA

É importante referir que o modelo da motivação para a mudança compreende 5 estádios que são medidos na escala URICA, a fim de compreender qual a consciência que o indivíduo tem do problema, e se este está motivado para se abster dos consumos de álcool (Pelletier, 2004 & Obembe, 2012).

A URICA é uma escala de autorresposta composta por 32 itens e foi desenvolvida

para verificar o estágio motivacional no qual o sujeito se encontra, estando dividida em 4 subescalas, cada uma delas com seis itens - pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção, sendo um instrumento adequado para verificar o estágio motivacional dos indivíduos (Szupczynski & Oliveira, 2008).

Os estados motivacionais encontram-se assentes no modelo Transteórico desenvolvido Prochaska e DiClemente (1994), sendo de referir que os estados motivacionais não evoluem unilateralmente, o que pressupõe, que pode haver retrocessos (Gruchet, 2015).

Os 5 estádios do modelo da motivação, segundo Pelletier (2004) e Obembe (2012) são:

- **Pré-Contemplação** - neste estágio em específico o indivíduo pode não estar ciente da necessidade de uma mudança, ou não ter vontade para tal, podendo muitas vezes adotar uma atitude defensiva em relação ao processo de mudança;

- **Contemplação** - o indivíduo pensa em fazer alterações na sua vida num futuro próximo, o que o torna mais permeável à mudança de comportamentos;

- **Preparação** - o indivíduo encontra-se preparado para tomar medidas para uma mudança de comportamento, desenvolvendo planos, estratégias e pequenas ações que mudam o seu comportamento;

- **Ação** - o indivíduo adota novos comportamentos mesmo que instáveis, reconhecendo as dificuldades que tem, mas pede ajuda quando necessita, e tenta manter a dedicação aos objetivos, dando assim os seus primeiros passos no sentido da mudança;

- **Manutenção** - os indivíduos continuam a adaptar-se para manter os ganhos obtidos ao longo dos estádios anteriores e evitar uma recaída.

A tabela seguinte é relativa aos dados obtidos numa primeira aplicação da URICA a um conjunto de indivíduos que realizaram o seu processo de reabilitação no Centro de Alcoologia do CRA. Tendo as sessões abrangido um grupo mais alargado de utentes neste relatório são apresentados os resultados somente de 10 utentes.

Tabela 34 - Aplicação da URICA

1ª aplicação Urica	Pré-contemplação	Contemplação	Ação	Manutenção
A	37	32	30	30
B	32	32	32	28
C	33	32	32	32
D	28	32	29	30
E	33	32	30	24
F	28	33	33	29
G	32	32	30	30
H	32	32	30	29
I	31	32	32	32
J	29	32	32	26

A aplicação da Urica permite verificar os estádios motivacionais, dos indivíduos permitindo traçar objetivos de intervenção, sendo de referir que os estádios em que a atenção é centrada, são os de pré-contemplação, pois estamos perante indivíduos que não reconhecem o problema. Se os valores obtidos apresentam um valor superior a 30 nessa parte da escala, significa que estes utentes estão conscientes do problema e por consequência deverão ser observados os valores obtidos no estádio de contemplação. O que o que torna pertinente verificar os valores obtidos na ação, ou seja se estão dispostos a tomarem medidas para se tornarem abstinentes. Para delinear objetivos é importante ter em conta os resultados iniciais particularmente no domínio da pré-contemplação. Se o valor obtido for inferior ou igual 25, o objetivo para a intervenção é desenvolver competências neste domínio. Por outro lado se o indivíduo obtiver um score superior ou igual a 30, torna-se pertinente verificar o domínio da ação. No domínio da ação se o score obtido neste domínio for inferior ou igual a 32, devem ser delineados objetivos para que este alcance a etapa associada à manutenção do comportamento.

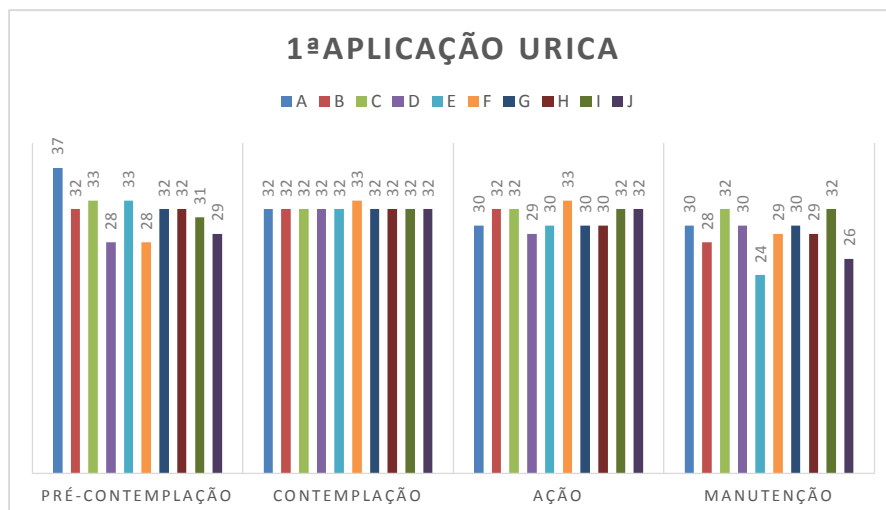


Gráfico 17 – 1ª Aplicação URICA

Tabela 35 – 2ª Aplicação da URICA

2ª aplicação Urica	Pré-contemplanção	Contemplanção	Ação	Manutenção
A	40	39	40	37
B	33	35	34	33
C	37	40	40	33
D	33	35	33	30
E	35	36	34	26
F	40	40	40	33
G	36	39	40	34
H	39	40	39	33
I	39	40	40	31
J	31	34	33	26

Após confrontação dos dados da primeira aplicação com a segunda aplicação da Urica, verificou-se que todos os elementos cumpriram as metas predeterminadas. É de referir que os elementos (A,C,F,G,I), atingiram o valor máximo possível, assim como os elementos (B, E, H) que cumpriram os objetivos delineados, mais especificamente no domínio da ação. Ao nível da pré-contemplanção, os elementos (D, J) cumpriram os objetivos delineados.

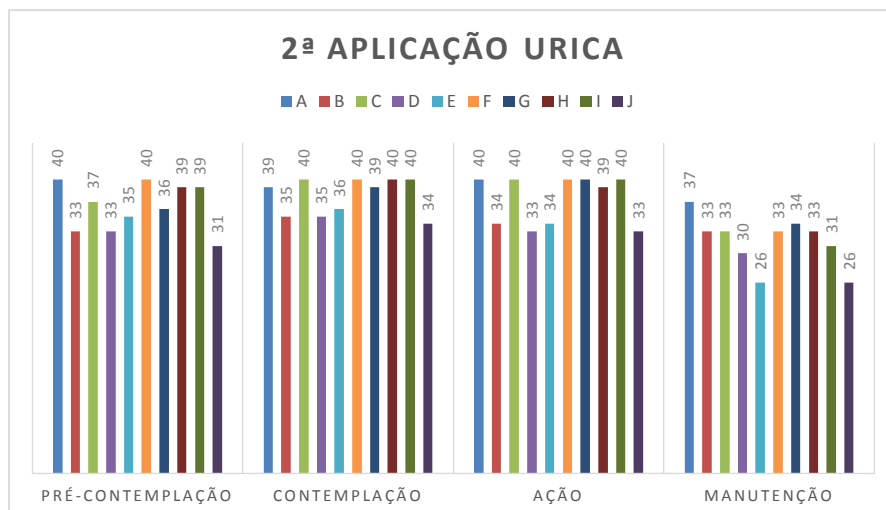


Gráfico 18 – 2ª Aplicação URICA

4.2.3. Resultados da escala SF-36

O questionário SF-36, aborda os temas de saúde, a forma como o indivíduo se sente, e a capacidade para desempenhar atividades, podendo identificar as percepções face à capacidade funcional, vitalidade, dor, saúde em geral, relações sociais, estados emocionais e saúde mental (Costa, Melo, Nóbrega, Dantas, Macêdo, Medeiros, Costa, Mendes & Torres, 2010).

Na tabela e gráfico seguintes podemos observar os valores obtidos no momento de avaliação inicial.

Tabela 36 – Aplicação da SF-36

1ª Aplicação SF-36	FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
A	100,00	50,00	62,00	65,00	55,00	87,50	0,00	40,00
B	100,00	50,00	51,00	62,00	55,00	37,50	66,66	44,00
C	95,00	100,00	100,00	55,00	30,00	50,00	100,00	20,00
D	15,00	25,00	41,00	67,00	65,00	50,00	33,33	68,00
E	70,00	50,00	32,00	30,00	45,00	37,50	0,00	16,00
F	100,00	75,00	72,00	72,00	70,00	62,50	66,66	64,00
G	90,00	0,00	100,00	45,00	30,00	37,50	0,00	16,00
H	100,00	25,00	41,00	55,00	60,00	50,00	0,00	64,00
I	85,00	0,00	52,00	50,00	50,00	50,00	0,00	68,00
J	95,00	100,00	100,00	52,00	60,00	75,00	100,00	60,00

Legenda: Função física – FF; desempenho físico – DF; dor corporal – DC; saúde geral – SG; vitalidade – V; função social – FS; desempenho emocional – DE; saúde mental – SM.

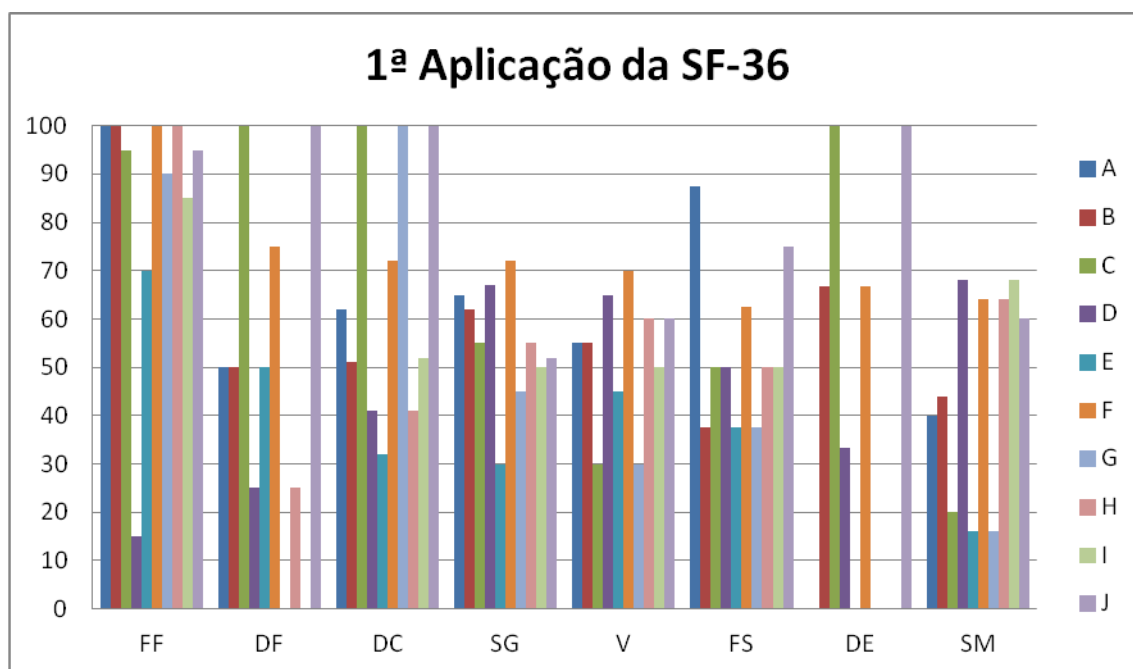


Gráfico 19 – 1ª Aplicação da SF-36

Verifica-se na primeira aplicação da escala que alguns valores estão um pouco elevados, em especial se verificarmos em termos de saúde física, sendo os scores mais baixos ao nível da saúde geral, vitalidade, relações sociais, desempenho emocional e saúde mental.

Tabela 37 - 2ª Aplicação da SF-36

2ª Aplicação Sf-36	FF	DF	DC	SG	V	FS	DE	SM
A	100,00	75,00	84,00	80,00	90,00	62,50	100,00	84,00
B	100,00	75,00	100,00	77,00	80,00	87,50	100,00	92,00
C	100,00	100,00	100,00	80,00	85,00	87,50	100,00	84,00
D	90,00	100,00	100,00	72,00	75,00	50,00	100,00	84,00
E	80,00	100,00	72,00	45,00	80,00	100,00	66,66	64,00
F	100,00	100,00	100,00	77,00	90,00	87,50	100,00	84,00
G	100,00	100,00	100,00	77,00	70,00	62,50	100,00	76,00
H	100,00	100,00	100,00	77,00	90,00	100,00	100,00	92,00
I	90,00	100,00	100,00	70,00	90,00	100,00	100,00	100,00
J	95,00	100,00	84,00	70,00	100,00	100,00	100,00	96,00

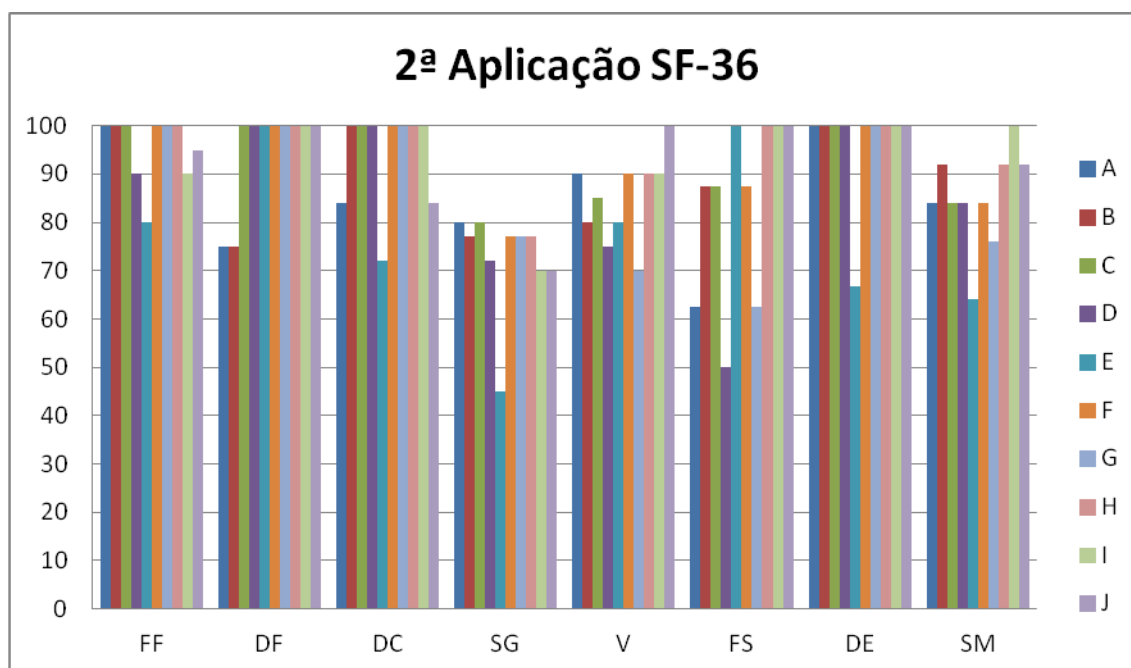


Gráfico 20 – 2ª Aplicação SF-36

Após comparação dos resultados entre as duas aplicações do questionário SF-36, sendo que a primeira aplicação foi efetuada no ato de admissão ao serviço, e a segunda aplicação no momento de alta, podemos verificar que valores superiores em todos os domínios, sendo que os mais expressivos são ao nível da função física, desempenho físico, função social e desempenho emocional, que vão de encontro aos objetivos

traçados pela equipa multidisciplinar, e igualmente no âmbito da intervenção psicomotora, não podendo porém assumir que estes resultados são decorrentes somente da intervenção psicomotora mas sim de todo o processo de reabilitação no Centro de Alcoologia.

4.2.4. Análise SWOT do Centro de Reabilitação de Alcoologia

Tabela 38 - Análise SWOT do CRA

SWOT	Ajuda no desenvolvimento	Dificulta o desenvolvimento
	Áreas Fortes	Áreas Fracas
Internas	<ul style="list-style-type: none"> • Melhoria da qualidade de vida • Motivação para deixar de beber • Reconhecimento do problema 	<ul style="list-style-type: none"> • Mal-estar físico • Mal-estar emocional • Rituais associados ao álcool • Síndrome de abstinência
	Oportunidades	Ameaças
Externas	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte de apoios formal e informal • Atividades ocupacionais • Hábitos de vida saudável 	<ul style="list-style-type: none"> • Suporte familiar inexistente • Isolamento social • Contexto sociocultural • Problemas económicos

Ao analisarmos a intervenção realizada junto dos utentes do centro de alcoologia, verificamos que o processo de atuação neste centro e em particular o nosso contributo no decurso das sessões de psicomotricidade realizadas contribuíram para uma maior qualidade de vida, um reconhecimento do problema e uma motivação dos indivíduos para a sua mudança, isto é a intenção para deixar de consumir e para se manter abstinente. Por outro lado, nos indivíduos acompanhados identificámos que alguns fatores que poderiam atrasar o processo de cessação do consumo de álcool eram associados ao mal-estar físico e emocional, frequentemente relatados por alguns utentes. A instabilidade emocional, e em alguns casos as alterações de humor eram frequentes sendo este a gestão deste aspeto fundamental no trabalho por nós desenvolvido. Outro aspeto que era relatado como fator que poderia vir a contribuir para a manutenção do problema relativo ao consumo do álcool era a dificuldade em ultrapassar os rituais associados ao consumo, descrito por muitos dos que passaram pelo serviço como a dificuldade que iriam ter a deixar de ter “o copo depois do trabalho”, ou juntar-se no seu grupo num determinado local para conviver e beber. Por último, a síndrome de abstinência, definida como uma vontade incontável de consumir álcool era algo relatado como muito difícil de ultrapassar. Como fatores externos considerados como impeditivos do processo de reabilitação com sucesso era relatada a inexistência de suporte familiar, muitas vezes associada à violência doméstica. Os problemas socioculturais relacionados com o

contexto em que o indivíduo se inseria, ou seja, muitas vezes o facto de beber ser visto como uma forma de afirmação perante o grupo de pares, ou uma forma de demonstração de virilidade. Por outro lado, o isolamento e os problemas económicos interligados, tal como o decréscimo de rendimentos, por perda de trabalho eram apontados como fatores que poderiam ser uma ameaça ao processo de reabilitação. Por outro lado, os utentes assinalaram os apoios que poderiam promover a abstinência, tais como os suportes formais e/ou informais, sendo as sessões de psicomotricidade apontadas como uma forma de suporte e relação social que igualmente poderia promover um funcionamento motor mais ajustado associado a melhorias ao nível do tónus, equilíbrio, organização espaço-temporal, praxias. De salientar que as sessões de psicomotricidade ao se realizarem em grupo permitiam o trabalho em equipa, fornecendo um espaço de reflexão, partilha e de escuta acerca do seu problema e de estratégias para o ultrapassar. As atividades em contexto de ginásio foram encaradas como uma forma de promover uma maior autonomia na procura de estratégias para a adoção de comportamentos de vida saudável. Por fim, as atividades ocupacionais, nos quais se inserem todas as atividades diárias, foram também relatados pelos utentes como fatores significativos para a abstinência.

Conclusão

O estágio curricular realizado no âmbito de aprofundamento de competências profissionais, tendo como cerne o aprofundamento de conhecimentos na área da reabilitação psicomotora, num contexto institucional, possibilitou assim a consolidação do percurso académico e estabelecer uma ponte com as vivências pré-profissionais. Desta forma, facilitou a compreensão de como uma instituição gere os seus recursos pessoais, materiais e económicos.

Assim, o estágio serviu como promotor de crescimento pessoal e profissional, de forma apoiada. Sendo o culminar das práticas aprendidas ao longo do 1º e 2º ciclo de formação, permitiu compreender, igualmente, as dinâmicas desenvolvidas numa equipa multidisciplinar.

Os grupos trabalhados no âmbito do estágio curricular pertenciam a dois grupos diferentes, nomeadamente os utentes do centro de recuperação de alcoologia, que integram um programa de 4 semanas, baseado no método dos 12 passos, tendo a preferência recaído sobre este grupo, por estes apresentarem défices nos fatores psicomotores. Desta forma, foi realizada uma intervenção integrada no programa de atividades, com o intuito de melhorar a condição física, motora, emocional dos utentes, e promover a reeducação de hábitos de vida saudáveis, efetuando análise dos indivíduos através da confrontação dos dados recolhidos em sessão.

O segundo grupo de trabalho, composto por 4 utentes da unidade de São Lucas, unidade esta de evolução prolongada, sendo que a motivação para trabalhar com utentes desta unidade é resultante do facto de desenvolverem poucas atividades ao longo do dia, sendo a sua participação limitada, e por consequência afetando a sua qualidade de vida. Em consequência, verificou-se, como estavam comprometidos os comportamentos adaptativos dos elementos, e qual a sua perceção de qualidade de vida, atendendo a que se encontram numa unidade de apoio total às AVD's. De seguida, foi implementado um plano de intervenção psicomotora e efetuada nova avaliação dos elementos para verificar se existiam ganhos com este tipo de intervenção, provendo daí uma melhoria do seu comportamento adaptativo, que por sua vez irá representar um aumento na sua autonomia e uma melhoria da sua qualidade de vida.

Após análise do diário de campo, com as sessões de grupo dirigidas aos utentes do centro de recuperação do alcoolismo, verificou-se que os utentes apresentavam uma melhor condição física e emocional, melhoraram significativamente a sua autoimagem e passaram a estar mais orientados para as questões do alcoolismo, mais organizados cognitivamente e mais suscetíveis para o trabalho em equipa.

Em relação aos estudos de caso, procurámos efetuar uma confrontação direta entre as aplicações, verificando-se que houve manutenção e melhoria de comportamentos

adaptativos, e inibição de alguns comportamentos desajustados. Todos os elementos apresentaram ganhos com a aplicação da intervenção psicomotora, tornando-se mais ajustados.

Relativamente ao estágio curricular em aprofundamento de competências profissionais, foi possível desenvolver um trabalho articulado com os profissionais de outras áreas, melhorando a experiência durante o mesmo. Sendo possível ao longo desta etapa, estabelecer relações com a comunidade, dentro e fora do contexto institucional, o que facilitou, o desenvolvimento da atividade profissional. O facto de a intervenção ter sido desenvolvida em duas vertentes tão distintas, como a evolução prolongada, que se encontra num sistema fechado, e no centro de alcoologia, que se encontra sistema aberto (ambulatório), contribuíram muito para a riqueza desta experiência.

A experiência de trabalhar em ambos os contextos de intervenção permitiu uma aprendizagem gratificante, sendo que a população do centro de alcoologia a mais desafiante na medida em que é uma área em expansão para a psicomotricidade.

Em termos de limitações, do trabalho desenvolvido, é de referir que o curto intervalo entre aplicação de escalas (4 meses entre aplicações), mais especificamente na unidade de evolução prolongada é uma limitante, pois os resultados poderiam ser mais expressivos, e as dificuldades em encontrar bibliografia adequada, e em português para a intervenção psicomotora no grupo de alcoologia.

Em suma, o estágio curricular permitiu alargar horizontes, conhecer pessoas, criar expectativas e *tocar nos corações* de alguns. Porque a psicomotricidade não é apenas mais uma terapêutica num meio clínico, mas uma maneira de ajudar, reconstruir, e viver.

Referencias Bibliográficas

- Abeilhou, P., & Reocreux, M. (1992). Exercice de la Psychomotricite dans une clinique D'alcoologie. *Evolutions Psychomotrices*, (nº16); 35-39.
- Afonso, A. (2013). Relatório de Estágio Profissionalizante CERCJ de Lisboa – Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Almeida, J., Xavier, M. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1º Relatório*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. Arlington, United States of America: *American Psychiatric Publishing*.
- APP. (2016.), consultado a 20 de Fevereiro de 2016, disponível em: <http://www.appsicomotricidade.pt/content/psicomotricidade>
- Belo, C., Caridade, H., Cabral, L. & Sousa, R. (2008). Deficiência intelectual: terminologia e conceptualização. *Revista Diversidades*, nº 22 (Out. - Dez.), pp. 4-9. Consultado na World Wide Web a 02 de dezembro de 2014 em: http://www.madeira-edu.pt/Portals/7/pdf/revista_diversidades/revistadiversidades_22.pdf
- Brown (2010). Adult Education and Intellectual and Allied Developmental Disabilities. International Encyclopedia of Rehabilitation. Consultado na World Wide Web a 02 de dezembro de 2014 em: <http://cirrie.buffalo.edu/encyclopedia/en/article/21/>
- Brown, R., Schalock, R. & Brown, I. (2009). Quality of Life: Its Application to Persons With Intellectual Disabilities and Their Families – Introduction and Overview. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6 (1), 2-6.
- Buntix, W. & Schalock, R. (2010). Models of Disability, Quality of Life, and Individualized Supports: Implications for Professional Practice in Intellectual Disability. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 7(4), 283-294.
- Burguess, R. (1997). *A Pesquisa de Terreno - Uma introdução*. Oeiras: Celta.
- Camilleri, V. A. (2007). *Healing the inner city child: creative arts therapies with at-risk youth*. London: Jessica Kingsley Publishers
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação- Guia para Auto aprendizagem*.
- Casa de Saúde de São João de Deus (CSSJD). Consultado na World Wide Web a 02 de dezembro de 2014 em: <http://isjd.pt/cssjd-funchal/>
- Costa, I., Melo, G., Nóbrega, W., Dantas, D., Macêdo, E., Medeiros, R., Costa, I., Mendes, F., Torres, G., (2010). Utilização Da SF-36 Na Avaliação da Qualidade de Vida Relacionada a Doenças Crônicas: Revisão de Literatura. *Revista de enfermagem. UFPE*, 1926- 1934.
- CUF, S. (2016). *Alcoolismo*. Consultado a 12/03/2016, disponível em: <https://www.saudecuf.pt/mais-saude/doencas-a-z/alcoolismo>.
- Cunha, P., & Novaes, M. (2004). Avaliação neurocognitiva no abuso e dependência do álcool: implicações para o tratamento. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 26(Supl I):23-27.
- Danielson; H.; L., Henry; J., Ronnberg; LG., Nilsson. (2010). Executive functions in individuals with intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, 1299-1304; 31(6).
- DGS, (2015). *A Saúde dos Portugueses. Perspetiva 2015*. Lisboa : Ministério da Saúde.
- Education and Training in Developmental Disabilities*, 38(3), 271–282.
- Exposito, C. (2003). *Thérapie psychomotrice chez le sujet alcoololo-dépendant*. Paris: Université Pierre et Marie Curie.

- Felce, D. & Perry, J. (1995). Quality of Life: Its Definition and Measurement. *Research in Developmental Disabilities*, 16 (1), 51-74.
- Ferraz, M. (2009). Princípios das Terapias Expressivas Integradas. Terapias Expressivas Integradas (pp. 15-37). Tiutirév Editorial, Lda.
- Ferreira, P. (1998). A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36. *Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra*
- Ferreira, P. (2000). Criação da versão Portuguesa do Mos sf-36. *Acta Médica Portuguesa*, 55-66.
- Ferreira, P., Ferreira, L., Pereira, I. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população Portuguesa. *Revista Portuguesa de saúde pública*, 30(2): 163-171.
- Fonseca, D. (2007). O papel da Relaxação no Percurso Psicoterapêutico. *Revista da Associação Portuguesa de Psicomotricidade*, 9, 35-40.
- Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos Seus Factores* (3ª ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Gameiro, A., Lemos, E. (27 de Março de 2015). *Aprender Madeira*. Obtido em 20 de Fevereiro de 2016, de alcoolismo, prevenção e seu tratamento na madeira: <http://aprenderamadeira.net/alcoolismo-prevencao-e-seu-tratamento-na-madeira/>
- Gruchet, L. (2015). Alcoologie & Psychomotricité: Quel rôle pour le psychomotricien en service de soins de suite et réadaptation en addictologie ? Paris: Institut de formation en Psychomotricité de Meulan.
- Guerra, C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo - Sentidos e formas de Uso*. Estoril: Principia.
- INSERM. (2003). *Alcool: Dommages sociaux, abus et dépendance*. Paris: Les éditions Inserm.
- Jardim, N. (2015). O contributo da Intervenção Psicomotora em Meio Aquático na Qualidade de Vida de Adultos com Dificuldade Intelectual e Desenvolvidamental. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Ketele, J. & Roegiers, X. (1993). *Metodologia da Recolha de Dados- Fundamentos dos Métodos de Observações, de Questionário, de Entrevista e de Documentos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lambert, N., Nihira, K. & Leland, H. (1993). AAMR – Adaptive Behavior Scale-School: Examiner's Manual (2nd). Austin, Tx: PRO-ED.
- Leitão, A., Lombo, C. & Ferreira, C. (2008). O Contributo da Psicomotricidade nas Dificuldades Intelectuais e Desenvolvidamentais. *Revista Diversidades*, nº 22 (Out.- Dez.), pp. 21-24. Consultado na World Wide Web a 02 de dezembro de 2014 em: http://www.madeira-edu.pt/Portals/7/pdf/revista_diversidades/revistadiversidades_22.pdf
- Lessard-Hébert, M., Goyette, G. & Boutin., G. (1990). *Investigação qualitativa: Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget. Lisboa: Universidade Aberta.
- Lopes, P., Prieto, G., Delgado, A., Gamito P., Trigo, H. (2011). Análise das qualidades psicométricas da urica utilizando o Modelo de Rasch. *Revista Tóxicodependência*, 17(3), pp.(47-60).
- Luckasson, R. & Schalock, R. (2013). What's at Stake in the Lives of People With Intellectual Disability? Part II: Recommendations for Naming, Defining, Diagnosing, Classifying, and Planning Supports. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 51 (2), 94-101.
- Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D. L., Craig, E.M. Reeve, A., et al. (2002). *Mental Retardation: Definition, classification and systems of supports*. Washington, DC: American Association on Mental Retardation.
- Martins R., Simões C., Brandão T.,. (2014-2015). *RCAAP*. Lisboa: Faculdade de motricidade Humana.

- Martins, R. (2001). A Relaxação Psicoterapêutica no Contexto da Saúde Mental. In V. d. Fonseca & R. Martins (Ed.), *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 95-108). Lisboa: Edições FMH.
- Maximiano, J. (2004). Psicomotricidade e Relaxação Psiquiátrica. *Revista do Serviço de psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca – PsiLOGOS*
- Mchorney, CA., Ware, JE., Raczek, AE. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care* 31: 247-263.
- Mello, M., Barrias, J. & Breda, J. (2001). Álcool e Problemas Ligados ao Álcool em Portugal. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, pp. 2001 - 120 ISBN 972-9425-93-0
- Morato, P. & Santos, S. (2007). Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais. A mudança de paradigma na conceção da deficiência mental. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14, 51-55.
- Moreno, A. (2012). A intervenção psicomotora no Centro de Transição para a Vida Adulta e Ativa da CERCILisboa. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Nejjad, S. (2015). Codification and Prioritization of Human Resources Strategies in Approach of SWOT and Fuzzy ANP (The Study of the state bank). *Technological Advances of Engineering Sciences*, 309-324.
- Obembe, S. (2012). *Practical Skills and Clinical Management of Alcoholism and Drug Addiction*. London: Elsevier.
- Oliveira, M., Ludwig, M., Moraes, J., Rodrigues, V., Fernandes, R. (2014). Evidências de validade da University of Rhode Island Change Assessment (URICA-24) para dependentes de tabaco. *Revista de Ciências Médicas de Campinas*, 23 (1), pp. (5-14).
- OMS (1997). WHOQOL Measuring Quality of Life. Consultado na World Wide Web a 02 de dezembro de 2014 em: http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf.
- Ordem Hospitaleira de São João de Deus (1 de Março de 2016). *Ordem Hospitaleira de São João de Deus*. Disponível em: <http://isjd.pt/politicas/>
- Parsons OA. *Neurocognitive Deficits in Alcoholics and Social Drinkers: A Continuum?* *Alcohol Clin Exp Research* 1998; 22 (4): 954-61
- Pelletier, L. (2004). Evidence-Based Practices and Effective Program Attributes in the Treatment of Substance Use Disorders. In N. R. Power E., *Treatment Practices for Substance Use Disorders* (pp. c1- c58). Washington: National Quality Forum.
- Phillips, D. (2006). *Quality of Life Concept, Policy and Practice*. New York: Routledge. Rapley, M. (2003). *Quality of Life Research – a critical introduction*. Los Angeles, USA: Sage.
- Pimenta, F., Simil, F., Torres, H., Amaral, C., Rezende, C., Coelho, T., Rezende, N. (2008). *Avaliação da qualidade de vida em aposentados com a utilização do questionário sf-36*.
- RCAAP. (1 de Março de 2015). *Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal*. Disponível em: <https://www.rcaap.pt/results.jsp>
- Renwick, R., Brown, I. & Nagler, M. (1996). *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation – conceptual Approaches, Issues, and Applications*. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications.
- Retardation: Understanding the Change to the Term Intellectual Disability. *Intellectual and Development Disabilities*, 47, 116–124.
- Revista Lusófona de Educação, 28, 163-180
- Roque, C. & Santos, S. (2010). Comportamento adaptativo na dificuldade intelectual e desenvolvimental: Novas terminologias e desenvolvimento de competências. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 17, 59-77.

- Santos, E., Leite, F. (2013). A distinção entre reforçamentos positivo e negativo em livros de ensino de análise do comportamento. *Revista Perspectivas*, 4(1), 009-018.
- Santos, M. (2014). Intervenção Psicomotora na Associação Qe, uma Nova Linguagem para a Incapacidade. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Santos, S. & Morato, P. (2012). *Comportamento Adaptativo Dez Anos Depois*. Cruz Quebrada, Lisboa: Edições FMH.
- Santos, S. (2000). Escala de Comportamento Adaptativo. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 7 (2), 105-114.
- Santos, S. (2010). A DID na Atualidade. *Dossier- Educação inclusiva vol 1.nº2 novembro 2010*, II-XVI.
- Schalock R., Luckasson R., Shogren K., Borthwick-Duffy S., Bradley V., Buntinx W., Coulter D., Craig E., Gomez S., Lachapelle Y., Reeve A., Martha Snell M., Spreat S., Tasse M., Thompson J., Verdugo M., Wehmey M. & Yeager M. (2007). The Renaming of Mental
- Schalock, R. & Alonso, M. (2002). *Handbook on Quality of Life for Human Service Practicioners*.
- Schalock, R. (2004). The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48 (3), 203-216.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, A., Bradley, J., Buntinx, H., Coulter, L., Craig, M. & Yeager, H. (2010). Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports. Eleventh Edition: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R., Gardner, J. & Bradley, V. (2007). *Quality of Life for people with intellectual and other developmental disabilities*. Washington, USA: American Association on Intellectual and Developmental Disabilities.
- Schalock, R., Verdugo, M., Bonham, G., Fantova, F. & Loon, J. (2008). Enhancing Personal Outcomes: Organizational, Strategies, Guidelines, and Examples. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5(4), 276-285.
- SFA. (2015). Mésusage de l'alcool dépistage, diagnostic et traitement. *Alcoologie et Addictologie*, 37 (1) : 5-84.
- Silva, M. & Coelho, F. (2014). Da deficiência mental à dificuldade intelectual e desenvolvimental.
- Simões, C. & Santos, S. (2012). Escala Pessoal de Resultados – EPR - Escala para Avaliar a Qualidade de Vida da Pessoa.
- Snell, M., Luckasson, M., Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., Gomez, S., Lachapelle, Y., Reeve, A., Shalock, R., Shogren, K., Spreat, S., Tassé, M., Thompson, J., Wehmeyer, M. & Yeager, M. (2009). Characteristics and Needs of People with Intellectual Disability Who have Higher Iqs. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47 (3), 220-233.
- SRE (2013). *Secretaria Regional de Educação*. Direção Regional de educação: Consultado na World Wide Web a 10 de janeiro de 2015 em: <http://www02.madeira-edu.pt/dre/Psicomotricidade/tabid/373/ctl/Read/mid/1639/InformacaoId/2902/UnidadeOrganicId/5>.
- Szupczynski, K., Oliveira, M. (2008). Adaptação brasileira da University of Rhode Island Change Assessment (URICA) para usuários de substâncias ilícitas. *Psico-USF*, 13(1), 31-39.
- Tassé, M. (2011). Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (11th Edition). *American Intellectual Disabilities*. Genoa, Italy.
- Thompson, J., Bradley, V., Buntinx, W., Schalock, R., Snell, Shogren, K., & Yeager, M. (2009). Perspective: Supports and support needs. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 47(2), 135-146.
- Thompson, J., Tassé, M. & Schalock, R. (2008). Supports Intensity Scale: Supplemental Administration and Scoring Procedures. *American Association on Intellectual and Developmental*

Disabilities: Washington, DC.

- Valente, P. (2011). A Intervenção Psicomotora e os Apoios na DID. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Valentim, O., Santos, C. & Pais Ribeiro, J. (2014). Suporte social e qualidade de vida no síndrome dependência do álcool. In J.Pais Ribeiro, I. Silva, R. Meneses, e I Leal (Edts). *Atas do 10º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp.464-477). Lisboa, PT: SPPS. doi: 10.13140/2.1.1398.4642; ISBN-978-989-98855-0-9
- Verdugo, M. & Schalock, R. (2009). Quality of Life: From Concept to Future Applications in the Field of Intellectual Disabilities. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6 (1), 62-64.
- Washington, EUA: American Association on Intellectual and Development Disabilities
- Wehmeyer, M. & Obremski, S. (2010). *International Encyclopedia of Rehabilitation*. New York: Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange.
- Wehmeyer, M. & Schalock, R. (2001). Self-determination in quality of life: Implications for Special Education Services and Supports. *Focus on Exceptional Children*, 33, (8).
- Wehmeyer, M. (2003). Defining Mental Retardation and Ensuring Access to the General Curriculum.
- Wehmeyer, M., Buntinx, W., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Schalock, R., Verdugo, M. & Yeager, M. (2008). Perspectives: The intellectual disability construct and its relation to human functioning. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 46(4), 311-318.

ANEXOS

ANEXO 1

Minuta de Declaração e Integridade

Minuta de Declaração e Integridade

Eu, Francisco Osório Ferreira de Nóbrega, abaixo-assinado, número 2013486, aluno(a) do 2.º ano do mestrado de Reabilitação Psicomotora, na Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste documento.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio: ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele.

Mais declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores pertencentes a outros autores, foram referenciadas, ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Motricidade Humana, (/ /____)

Assinatura:

ANEXO 2

Fotografias dos Diversos Contextos de intervenção



Pavilhão Multifunções





Sala Multifunções



ANEXO 3

EPR

Escala Pessoal de Resultados EPR

**Escala para Avaliar a
Qualidade de Vida da Pessoa**

Cristina Simões e Sofia Santos (2012)

O que é medido numa Escala Pessoal de Resultados?

A Escala Pessoal de Resultados (EPR) mede a qualidade de vida (QV) da pessoa baseada em indicadores específicos associados a oito domínios centrais, distribuídos por três fatores, validados por diversos estudos transculturais. Estes fatores e domínios são:

Desenvolvimento pessoal e autodeterminação (que refletem o nível de independência pessoal);

Relações interpessoais, inclusão social e direitos (que refletem o nível de participação social da pessoa);

Bem-estar emocional, físico e material (que refletem o nível de bem-estar pessoal).

Os seis indicadores específicos de cada domínio foram desenvolvidos e validados nos falantes de Flamengo, na Bélgica e Holanda e são baseados em informações extensivas acerca dos grupos e da investigação existente. Estes eram compostos por pessoas com Dificuldade Intelectual e Desenvolvimental (DID), pais e técnicos familiarizados com estas pessoas, bem como por um painel de especialistas na área da DID.

Os oito domínios subdividem-se em seis perguntas, dirigidas em primeira análise à pessoa com DID (questionário pessoal) e, num segundo grupo de questões, a outras pessoas (observação direta), nomeadamente família e técnicos. Num total de quarenta e oito perguntas de opinião pessoal e igual número de perguntas de observação direta, a EPR é apresentada com o formato tipo *Likert* com três opções.

Escala Pessoal de Resultados

Cristina Simões e Sofia Santos (2012)

Dados Pessoais

Nome: _____ Género: M ☐ F ☐

Morada: _____

Data de nascimento: / / ____ Idade: ____ anos

Data de preenchimento da EPR: / / ____ Contacto: _____

Reside: Casa Própria ☐ Com Familiares ☐ Lar ☐

Região do país: Norte ☐ Centro ☐ Sul ☐

Ocupação: Empregado ☐ Desempregado ☐ Outra: ☐

Escola que frequentou: Ensino Regular ☐ Educação Especial ☐

Instituição que frequenta: _____

Forma de deslocação para a instituição: _____

Informações da Pessoa Entrevistada

Nome: _____ Género: M ☐ F ☐

Relacionamento com a pessoa: _____

Morada: _____

Data de nascimento: / / ____ Idade: ____ anos

Data de preenchimento da EPR: / / ____ Contacto: _____

Informações do Entrevistador

Nome: _____

Motivo: _____

Diagnóstico: _____

Profissão: _____ Contacto: _____

Qualificações do Entrevistador

A EPR deve ser aplicada por um profissional que tenha uma vasta experiência no campo da DID e formação na administração, cotação e interpretação da avaliação comportamental. Este profissional deve dominar o constructo de QV, a sua filosofia e contextualização, bem como o enquadramento da sua avaliação, estando a par das investigações mais recentes na área. O entrevistador deve ainda compreender a importância do conceito de QV, quer na vida da pessoa, quer nos serviços e apoios que lhe são prestados. Ao aplicar a escala, o entrevistador deve ser sensível às diferenças culturais e aos sentimentos da pessoa entrevistada, assim como ao facto das experiências de muitas famílias/pais e das próprias pessoas com DID nem sempre terem sido positivas, uma vez que as avaliações prévias acarretam, tradicionalmente, um diagnóstico e uma intervenção forçados. O entrevistador deve também estar consciente de que as respostas podem variar de acordo com as características pessoais, as experiências e as circunstâncias de quem responde e de que, por vezes, são necessárias algumas adaptações no que diz respeito à língua falada e às técnicas da entrevista, tal como dar instruções ou utilizar sistemas de comunicação aumentativa e/ou suplementar.

Enquadramento da Avaliação

O entrevistador deve lembrar à pessoa/representante que devem pensar “o que é verdade, de uma forma geral”. Por outras palavras, quem responde deve pensar nas circunstâncias e eventos gerais da vida, percebendo que as mudanças transitórias ou temporárias não devem ser determinantes para as respostas dadas em cada item.

Pré-Entrevista “Conhecer o Outro”

A pessoa deve perceber claramente o que é avaliado pela EPR e que a informação obtida através da sua aplicação **NÃO** será usada para avaliar as suas capacidades ou a elegibilidade para serviços e/ou apoios, mas antes para fornecer informações para a própria pessoa, família/pais, equipa e outros intervenientes no sentido de melhorar a qualidade do processo inerente ao apoio. A entrevista deve acontecer só depois do entrevistador e da pessoa se “conhecerem”. Este “período pré-entrevista” pode ser utilizado para debater tópicos (e.g.: o trabalho da pessoa, os passatempos ou a vida familiar) que são do interesse da pessoa.

Pontuação das Respostas

1. **É solicitado à pessoa que atribua uma pontuação sobre a sua condição no respetivo item.** O item indicador e as três potenciais respostas podem ser lidas ao indivíduo ou o respondente pode ler cada item e assinalar a respetiva resposta. Se a pessoa, por qualquer motivo, não conseguir responder por si, alguém (e.g.: um membro da família, um amigo chegado ou uma pessoa da equipa) que o conheça bem pode fornecer as respostas, de forma independente, como se fosse o respondente. No registo da opção selecionada pela pessoa deve ser dada liberdade para poder assinalar com uma cruz, rodear a resposta ou apontar (nesta situação, deve ser o entrevistador a assinalar).
2. **Todos os itens da escala devem ser cotados.** Cada item é avaliado através das respostas da pessoa (ou do seu representante). Quem responde deve compreender que não existem respostas certas ou erradas e, por vezes, podem, também necessitar de serem encorajados a responder a cada item através do incentivo e reforço verbal, por quem está a administrar a escala. Os questionários levam aproximadamente uma hora a hora e meia a serem totalmente preenchidos.

Qualificações do Representante e Pontuação

Se forem terceiros a responder às questões, devem conhecer a pessoa sobre quem incide a escala há pelo menos 3 meses e de ter tido recentemente a oportunidade de a observar em um ou mais ambientes, por um período de tempo substancial (3-6 meses). Este representante pode ser o pai ou a mãe, um familiar, um tutor, alguém do grupo de intervenção, um professor ou qualquer outra pessoa que trabalhe ou habite com a pessoa a quem está a ser aplicada a escala. O representante deve compreender as circunstâncias e as experiências do dia-a-dia da pessoa. Deve, igualmente, estar familiarizado com os conceitos e os processos de avaliação da QV, e compreender a sua importância quer na vida da pessoa, quer nos serviços e apoios que lhe são prestados.

Formulários para Aplicação da Entrevista

1. **Antes da entrevista**, o entrevistador deve completar os dados de identificação da pessoa no **Formulário de Registo**.
2. **Depois da entrevista**, o entrevistador deve transferir a pontuação de cada item (3=opção esquerda, 2=opção do meio, 1=opção da direita) para a ficha de estabelecimento do **Perfil Individual**, encontrando-se as instruções na respetiva página.

Domínios e Indicadores de QV

Opinião Pessoal

Domínio: Desenvolvimento Pessoal

O Desenvolvimento Pessoal está relacionado com a sua educação (incluindo as aprendizagens feitas ao longo da vida) e com competências pessoais (incluindo aprender e demonstrar capacidades). Antes de responder às questões pense no seguinte:

1. Aprender sobre assuntos do seu interesse;
2. Adquirir competências para ser mais independente;
3. Ser capaz de tomar conta de si próprio;
4. Ser capaz de seguir os seus interesses;
5. Ter acesso a informação.

Questionário

1. Até que nível é capaz de se alimentar, levantar e deitar sozinho, utilizar de forma autónoma a casa de banho e vestir-se sozinho?

Sozinho

Com ajuda

Não consigo fazer sozinho

2. Até que nível é capaz de preparar refeições, arrumar a casa, passear sozinho e tomar medicação?

Sozinho

Com ajuda

Não consigo fazer sozinho

3. Está a aprender técnicas para ser capaz de fazer mais coisas ou está a frequentar algum curso ou formação?

Muitos

Alguns

Poucos ou nenhuns

4. Tem alguma oportunidade de demonstrar as suas capacidades?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

5. Tem acesso à informação que lhe interessa (e.g.: através de jornais, revistas, internet, bibliotecas...)?

Consideravelmente

De alguma maneira

Raramente/nunca

6. Costuma utilizar o computador, telemóvel ou calculadora?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

Domínio: Autodeterminação

A Autodeterminação está relacionada com as metas e objetivos pessoais, a tomada de decisões e a possibilidade de fazer as suas próprias escolhas. Antes de responder às questões pense no seguinte:

1. Fazer as suas próprias escolhas;
2. Decidir sozinho o que vestir;
3. Expressar a sua opinião;
4. Agir de acordo com os seus objetivos pessoais e aspirações.

Questionário

1. Costuma ter oportunidades de escolha (e.g.: que vestir, que comer, onde ir...)?

Sempre

Às vezes

Raramente/nunca

2. Se tiver hipótese de escolha, faz essas escolhas?

Sempre

Às vezes

Raramente/nunca

3. Pode decidir não fazer algo que lhe é pedido para fazer?

Sempre

Às vezes

Raramente/nunca

4. As pessoas levam a sério as suas decisões?

Sempre

Às vezes

Raramente/nunca

5. Controla, pelo menos, parte do seu dinheiro?

Controlo importante

Algum controlo

Não controlo

6. Tem oportunidade de expressar a sua opinião, relativamente ao que prefere fazer (e.g.: vestir, onde ir, comer...)?

Sempre

Às vezes

Raramente/nunca

Domínio: Relações Interpessoais

As Relações Interpessoais estão relacionadas com a família, amigos, rede social e apoios que recebe dos outros. Antes de responder às questões pense no seguinte:

1. Nos contactos que tem ou o tempo que passa com a família e/ou amigos;
2. O respeito ou a resposta que recebe da família e amigos;
3. O apoio que recebe da família e amigos;
4. O respeito que recebe dos outros.

Questionário

1. Tem amigos próximos?

Sim

Mais ou menos

Não

2. Com que frequência participa em atividades sociais (e.g.: festas, visitas de amigos...)?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

3. Com que frequência interage/comunica com a família, seja pessoalmente, por telefone ou correio eletrónico?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

4. Com que frequência tem contacto ou visitas de amigos, seja pessoalmente, por telefone ou *email*?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

5. É importante para a sua família?

Sim

Mais ou menos

Não

6. Se precisar, sabe a quem dirigir-se para pedir ajuda ou conselhos?

Sim

Mais ou menos

Não

Domínio: Inclusão Social

A Inclusão Social está relacionada com a inclusão e participação na comunidade, os papéis desempenhados na sociedade e os apoios sociais que recebe. Antes de responder às questões pense no seguinte:

1. Atividades da comunidade em que participa;
2. Os contactos que tem com os vizinhos;
3. A ajuda que recebe das pessoas que vivem na comunidade;
4. A sua participação em organizações comunitárias.

Questionário

1. Visita ou conversa com as pessoas que vivem perto de si?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

2. Quantos vizinhos conhece pelo nome?

Muitos (5+)

Alguns (2-4)

Poucos (0-1)

3. Frequenta os locais da localidade onde vive (e.g.: cafés, lojas, cabeleireiros, bares, bancos, cinemas, igrejas, concertos, locais desportivos...)?

Frequentemente
(diariamente)

Às vezes
(1-2 por semana)

Raramente/nunca

4. Ajuda os outros quando eles necessitam do seu apoio?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

5. As pessoas da sua comunidade fazem atividades consigo (incluindo visitas e saídas)?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

6. Costuma participar em atividades da comunidade (e.g.: fazer compras, participar em atividades de lazer, comer fora, caminhadas...)?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

Domínio: Direitos

O domínio dos Direitos está relacionado com os direitos humanos (respeito, dignidade e igualdade) e com os direitos legais (cidadania, acesso e tratamento justo). Antes de responder às questões pense no seguinte:

1. O direito à privacidade e vida privada;
2. A forma como as pessoas que o rodeiam o tratam;
3. Oportunidade de dizer o que pensa e ser ouvido;
4. O direito de ter um animal de estimação;
5. Ter uma chave da sua própria casa;
6. Ser capaz de votar.

Questionário

1. Tem algum lugar na tua casa onde possa estar sozinho?

Sim

Mais ou menos

Não

2. Controla a chave de sua casa ou apartamento?

Sim

Sim, mas parcialmente

Não

3. Pode ter um animal de estimação (se quiser)?

Sim

Depende

Não

4. Pode ter um(a) namorado(a) (se quiser)?

Sim

Depende

Não

5. É permitido estar, as vezes todas que quer, com o namorado(a)? Se não tiver nenhum(a) namorado(a) assinale a opção sim.

Sim

Depende

Não

6. Com que frequência vota?

Sempre/quase sempre

As vezes

Raramente/nunca

Domínio: Bem-Estar Emocional

O domínio do Bem-Estar Emocional está relacionado com a satisfação, com o autoconceito e com a ausência de *stress* na vida. Antes de responder às questões pense no seguinte:

1. Que expressões utiliza para expressar os seus sentimentos?
2. Existem elementos perigosos no ambiente onde passa a maior parte do seu tempo?
3. Anda ansioso ou tem sérias preocupações em alguns assuntos? Quais?
4. O seu ambiente é estável e previsível?

Questionário

1. Sente-se protegido(a) e seguro(a) no seu dia-a-dia?

Muito seguro

Seguro de alguma forma

Sem segurança

2. Tem sucesso nas coisas que faz?

Sim

Mais ou menos

Não

3. Com que frequência expressa afeto ou sentimentos perante os outros?

Sempre/quase sempre

Às vezes

Raramente/nunca

4. Diria que é uma pessoa feliz?

Sim

Mais ou menos

Não

5. Está satisfeito(a) com o decorrer da sua vida? Isto significa que não tem preocupações ou problemas sérios.

Sim

Talvez

Não

6. Confia nas pessoas que são importantes para si?

Sempre/quase sempre

Às vezes

Raramente/nunca

Domínio: Bem-Estar Físico

O domínio do Bem-Estar Físico está relacionado com a saúde no geral, e com os cuidados de saúde, capacidade de cuidar de si mesmo, mobilidade e recreação/ lazer. Antes de responder às questões pense no seguinte:

- | | |
|--|--|
| 1. Tem energia para participar em atividades físicas? | |
| 2. Controla o que come para não ficar com excesso de peso? | |
| 3. Participa em atividades de recreação e lazer? | |

Questionário

1. Como está a sua saúde em geral? Como se sente?

Muito bem

Bem

Não me sinto bem/doente

2. Com que frequência pratica exercício ou outros jogos (e.g.: fitness, bicicleta, natação, futebol...)?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

3. Tem o tempo de descanso suficiente e momentos de descontração na sua vida?

Sim

Mais ou menos

Não

4. Faz uma alimentação saudável?

Sim

Mais ou menos

Não

5. Tem medo de sofrer ou ser magoado?

Não/raramente

Às vezes

Regularmente

6. Como se sente quando acorda de manhã?

Bem desperto

Um pouco cansado

Cansado

Domínio: Bem-Estar Material

O domínio do Bem-Estar Material está relacionado com o estatuto financeiro, emprego, condições de habitabilidade e bens materiais. Antes de responder às questões pense no seguinte:

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Quanto ganha por mês?2. Tem bens materiais importantes para si?3. Tem um emprego remunerado?4. Existem coisas que não pôde comprar, neste último ano, por problemas financeiros? | |
|--|--|

Questionário

1. Tem dinheiro suficiente para comprar o que precisa?

Sim

Mais ou menos

Não

2. Tem dinheiro suficiente para fazer uma poupança por mês?

Sempre/quase sempre

Às vezes

Raramente/nunca

3. Tem bens pessoais suficientes (e.g.: rádio, televisão, aparelhagem de som, máquina fotográfica, computador...)?

Muitos

Alguns

Poucos ou nenhuns

4. Tem um emprego remunerado?

Regular

Irregular

Raramente/nunca

5. Tem a chave da sua casa?

Sempre/quase sempre

Às vezes

Raramente/nunca

6. Tem dinheiro suficiente para fazer escolhas (e.g.: o que vestir, o que comprar...)?

Sempre/quase sempre

Às vezes

Raramente/nunca

Importância e Satisfação relativa aos (ou dos?) Domínios

1. Quando falamos sobre a sua qualidade de vida, qual é a **importância**, para si, de cada um dos domínios? (O 1 é o domínio mais importante e o 8 é o domínio menos importante).

	1	2	3	4	5	6	7	8
Desenvolvimento Pessoal (a sua educação e competências pessoais)								
Autodeterminação (metas e objetivos pessoais; tomada de decisões e fazer as suas próprias escolhas)								
Relações Interpessoais (relações com a família e amigos; apoios que recebe dos outros)								
Inclusão Social (inclusão e participação na comunidade)								
Direitos (respeito, dignidade, igualdade, cidadania, acesso e tratamento justo)								
Bem-Estar Emocional (satisfação, o autoconceito e com a ausência de stress na vida)								
Bem-Estar Físico (saúde no geral, com os cuidados de saúde, capacidade de cuidar de si, mobilidade e recreação/lazer)								
Bem-Estar Material (estatuto financeiro, emprego, condições de habitabilidade e bens materiais)								

2. Quando falamos sobre a qualidade de vida, qual é a sua **satisfação** com cada um dos domínios?

	Muito satisfeito	Nem muito/nem pouco satisfeito	Pouco satisfeito
Desenvolvimento Pessoal (a sua educação e competências pessoais)			
Autodeterminação (metas e objetivos pessoais; tomada de decisões e fazer as suas próprias escolhas)			
Relações Interpessoais (relações com a família e amigos; apoios que recebe dos outros)			
Inclusão Social (inclusão e participação na comunidade)			
Direitos (respeito, dignidade, igualdade, cidadania, acesso e tratamento justo)			
Bem-Estar Emocional (satisfação, o autoconceito e com a ausência de stress na vida)			
Bem-Estar Físico (saúde no geral, com os cuidados de saúde, capacidade de cuidar de si, mobilidade e recreação/lazer)			
Bem-Estar Material (estatuto financeiro, emprego, condições de habitabilidade e bens materiais)			

Procedimentos Administrativos

Avaliação por Questionário de Observação Direta

Qualificações do Avaliador

A EPR deve ser aplicada por um profissional que tenha uma vasta experiência no campo da DID e formação na administração, cotação e interpretação da avaliação comportamental. Este profissional deve dominar o constructo de QV, a sua filosofia e contextualização, bem como o enquadramento da sua avaliação, estando a par das investigações mais recentes na área. O entrevistador deve ainda compreender a importância do conceito de QV, quer na vida da pessoa, quer nos serviços e apoios que lhe são prestados. Ao aplicar a escala o entrevistador deve ser sensível às diferenças culturais do entrevistado, e ao facto das experiências de muitas famílias com um elemento com deficiência nem sempre terem sido positivas, uma vez que as avaliações prévias acarretam tradicionalmente um diagnóstico e uma intervenção forçados. O entrevistador deve também estar consciente de que as respostas podem variar de acordo com as características pessoais, experiências e circunstâncias de quem responde e de que, por vezes, é necessário fazer algumas adaptações no que diz respeito à língua falada e às técnicas de entrevista, tal como dar instruções, entre outras.

Qualificações de Quem Responde

Os indivíduos que respondem (pai/mãe, um familiar, ou outra pessoa que trabalhe ou more com a pessoa que está a ser avaliada) devem conhecer a pessoa a avaliar, há pelo menos 3 meses e ter tido, recentemente, a oportunidade de a observar em um ou mais ambientes por um período de tempo substancial (3-6 meses), devendo ainda compreender as circunstâncias e as experiências do dia-a-dia da pessoa.

Enquadramento da Avaliação

O entrevistador deve lembrar, ao entrevistado, que deve ter em consideração a ideia da “vida real da pessoa”. Quem responde **deve pensar nas circunstâncias e eventos diários da vida** e perceber que as mudanças transitórias ou temporárias que ocorrem não devem ser determinantes para as respostas dadas em cada item.

Pré-Entrevista “Conhecer o Outro”

Quem responde deve perceber claramente o que é medido na EPR e que a informação obtida através da Escala **NÃO** será usada para avaliar as capacidades ou elegibilidade da pessoa para serviços e/ou apoios, mas antes fornecer informação para a própria pessoa, família/pais, equipa e outros intervenientes no sentido de melhorar a qualidade do processo inerente ao apoio. A entrevista deve acontecer depois do entrevistador e o respondente passarem algum tempo “a conhecerem-se”. Este “período pré-entrevista” pode ser usado para debater tópicos (e.g.: o trabalho da pessoa, os passatempos ou a vida familiar) que são do interesse da pessoa.

Pontuação dos Inquiridos

1. **É solicitado, a quem responde, que atribua uma pontuação** às observações que fez sobre os eventos e as circunstâncias de vida da pessoa. O item indicador e as três potenciais respostas podem ser lidas ao inquirido ou o respondente pode ler cada item e assinalar a respetiva resposta. No registo da opção selecionada pelo inquirido deve ser dada liberdade para poder assinalar com uma cruz, rodear a resposta ou apontar (nesta situação, deve ser o entrevistador a assinalar).
2. **Todos os itens da escala devem ser cotados.** Quem responde pode necessitar de algum esclarecimento por parte do entrevistador e compreender que não existem respostas certas ou erradas. Esta explicitação é tanto encorajadora como aceitável. Os formulários de observação direta da EPR levam aproximadamente uma hora a preencher.

Formulários para Aplicação da Entrevista

1. **Antes da entrevista**, o entrevistador deve completar os dados de identificação da pessoa no **Formulário de Registo**.
2. **Depois da entrevista**, o entrevistador deve transferir a pontuação de cada item (3=opção esquerda, 2=opção do meio, 1=opção da direita) para a ficha de estabelecimento do **Perfil Individual**, encontrando-se as instruções na própria página.

Domínios e Indicadores de QV

Observação Direta

Domínio: Desenvolvimento Pessoal

O domínio do Desenvolvimento Pessoal está relacionado com a educação (incluindo as aprendizagens feitas ao longo da vida) e com as competências pessoais (incluindo aprender e demonstrar capacidades). Antes de completar os itens da observação direta, deve primeiro recolher informação relativamente à pessoa sobre o seu desenvolvimento pessoal respondendo às seguintes questões:

Medidas Objetivas

1. A pessoa está a tirar algum curso ou a frequentar algum tipo de formação neste momento?
2. A pessoa lê jornais ou revistas?
3. A pessoa frequenta bibliotecas?
4. A pessoa tem computador ou faz uso de um computador?

Observação Direta

1. Como avalia o grau em que a pessoa faz as seguintes atividades de vida diária (e.g.: alimentar-se, levantar-se, deitar-se, ir à casa de banho e vestir-se)?

Geralmente sozinho

Com ajuda

Não consegue fazer sozinho

2. Como avalia o grau em que a pessoa faz as seguintes atividades úteis no dia-a-dia: preparar refeições, limpar a casa, sair sozinho, tomar medicação?

Geralmente sozinho

Com ajuda

Não consegue fazer sozinho

3. Quantas competências é que a pessoa aprendeu, ou quantas experiências educativas é que a pessoa teve nos últimos 6-12 meses?

Muitas

Algumas

Nenhumas

4. Com que frequência a pessoa é capaz de demonstrar as capacidades (e.g.: trabalho, escola, em casa) que possui?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

5. Em que grau a pessoa acede à informação em que está interessada (e.g.: jornais, revistas, diários, internet, biblioteca)?

Considerável

De alguma maneira

Raramente/nunca

6. Com que frequência a pessoa usa tecnologias de apoio?

Frequentemente

As vezes

Raramente/nunca

Domínio: Autodeterminação

O domínio da Autodeterminação inclui o controlo pessoal, as metas e os objetivos pessoais, a tomada de decisão e as escolhas feitas. Antes de completar os itens da observação direta, deve primeiro recolher informação da pessoa relativamente à sua autodeterminação respondendo às seguintes questões:

Medidas Objetivas

1. A pessoa sonha com uma carreira (profissão a desempenhar no futuro)?
2. A pessoa tem ideias concretas sobre um determinado trabalho?
3. O que tem que mudar para compreender o trabalho com que sonha?
4. O que pode a pessoa fazer para que isso aconteça?
5. A pessoa tem planos para a sua vida?
6. A pessoa tem algum orçamento?
7. A pessoa pode decidir como gastar o seu orçamento?

Observação Direta

1. Até que ponto a pessoa tem controlo sobre aquilo que veste, o que come, onde vai, etc.?

Considerável

Alguns

Pouco/nenhum

2. Quando confrontada, a que nível é que a pessoa faz as suas escolhas?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

3. A pessoa toma decisões que são importantes para a própria, mesmo que essas decisões sejam contrárias à dos outros?

Considerável

De alguma maneira

Raramente/nunca

4. A que nível as decisões tomadas pela pessoa são respeitadas (independentemente da decisão)?

Muito respeitadas

Respeitadas

Não são respeitadas

5. Que tipo de controlo tem a pessoa sobre o seu próprio dinheiro?

Controlo considerável

Alguns controlos

Não controla

6. Com que frequência é que a pessoa tem oportunidade de expressar o que quer?

Sempre/quase sempre

Às vezes

Raramente/nunca

Domínio: Relações Interpessoais

O domínio das Relações Interpessoais está relacionado com a família, amigos, rede social e apoios que recebe dos outros. Antes de completar os itens da observação direta, deve primeiro recolher informação relativamente à pessoa sobre as relações interpessoais respondendo às seguintes questões:

Medidas Objetivas

1. A pessoa tem um ou mais amigos com quem passa algum tempo?
2. A pessoa participa em eventos com um ou mais amigos?
3. A pessoa interage com os membros da família?

Observação Direta

1. A pessoa identifica amigos com quem tem contacto regular e refere-se a eles como amigos?

Sim

Mais ou menos

Não

2. Com que frequência a pessoa participa em atividades sociais como ter amigos a visitá-lo, jantares, festas, etc.?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

3. Com que frequência a pessoa interage ou visita a sua família?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

4. Com que frequência a pessoa interage ou visita os amigos?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

5. A família trata esta pessoa com respeito, dignidade e expressa a sua importância de outras maneiras?

Definitivamente

Talvez

Não

6. Como classificaria a rede social da pessoa ao nível das ajudas, respostas e suportes?

Rede forte

Rede moderada

Não tem

Domínio: Inclusão Social

O domínio da Inclusão Social está relacionado com a inclusão e participação na comunidade, nos papéis que desempenha e os apoios sociais que a pessoa recebe. Antes de completar os itens da observação direta, deve primeiro recolher informação da pessoa relativamente a sua inclusão social respondendo às seguintes questões:

Medidas Objetivas

1. Quantos vizinhos da área de residência conhece a pessoa pelo nome e são conhecidos por ela?
2. Quantos lugares da comunidade a pessoa frequentou no último mês? (café, lojas, cabeleireiro, bares, banco, cinema igreja, autocarro, concertos, locais desportivos)?
3. Que papéis diferenciados é que a pessoa desempenha no seu ambiente?
4. Qual é o nível de participação da pessoa na comunidade?

Observação Direta

1. Com que frequência a pessoa interage com os seus vizinhos?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

2. Quantos vizinhos da sua área a pessoa conhece pelo nome?

Muitos (5+)

Alguns (2-4)

Poucos (0-1)

3. Com que regularidade é que a pessoa frequenta lugares da comunidade (café, lojas, cabeleireiro, bares, banco, cinema, igreja, concertos, locais desportivos)?

Frequentemente
(diariamente)

Às vezes
(1-2 por semana)

Raramente/nunca

4. Com que frequência a pessoa se oferece como voluntária para ajudar os outros na comunidade?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

5. Com que frequência é que as pessoas da comunidade visitam ou levam a pessoa a outros locais?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

6. Com que frequência é que a pessoa participa nas atividades da comunidade?

Frequentemente

As vezes

Raramente/nunca

Domínio: Direitos

O domínio dos Direitos está relacionado tanto com os direitos humanos (respeito, dignidade e igualdade) como com os direitos legais (cidadania, acesso e tratamento justo). Antes de completar os itens da observação direta, deve primeiro recolher informação da pessoa relativamente aos direitos respondendo às seguintes questões:

Medidas Objetivas

1. A pessoa vota?
2. A pessoa vive no lugar e com as pessoas que escolheu?
3. A pessoa tem um(a) companheiro(a), amigo(a) ou namorado(a)?
4. A pessoa e o(a) companheiro(a), amigo(a) ou namorado(a) têm permissão para estar juntos sempre que querem?

Observação Direta

1. A pessoa tem um quarto/local onde pode ter privacidade?

Definitivamente

Talvez, depende

Não

2. A pessoa controla a chave da sua casa/ apartamento?

Definitivamente
(anda sempre com ela)

Sim, mas só parcialmente

Não

3. A pessoa pode ter um animal de estimação, se quiser?

Definitivamente

Talvez, depende

Não

4. A pessoa pode ter um(a) namorado(a) se desejar?

Sim

Talvez, depende

Não

5. A pessoa está autorizada a estar com o(a) namorado(a) sempre que queira? Se não tiver namorado(a), assinale a resposta sim.

Sim

Talvez, depende

Não

6. Com que frequência é que a pessoa tem votado?

Sempre/quase sempre

Às vezes

Raramente/nunca

Domínio: Bem-Estar Emocional

O domínio do Bem-Estar Emocional está relacionado com a satisfação, o auto conceito e a ausência de *stress*. Antes de completar os itens da observação direta, deve primeiro recolher informação da pessoa relativamente ao bem-estar emocional respondendo às seguintes questões:

Medidas Objetivas

1. Que expressões é que a pessoa utiliza para transmitir sentimentos?
2. Existem elementos perigosos no ambiente onde a pessoa passa a maior parte do seu tempo?
3. A pessoa é importunada ou gozada por pessoas da comunidade? É incomodada na rua ou nos transportes públicos?
4. A pessoa anda ansiosa ou tem sérias preocupações em alguns assuntos? Quais?
5. O ambiente da pessoa é estável e previsível?

Observação Direta

1. Como mediria o grau de proteção e segurança no ambiente diário da pessoa?

Muito seguro

Seguro de alguma forma

Sem segurança

2. Com que frequência a pessoa tem experiências de sucesso, como ganhar um jogo, fazer uma atividade desejada, e/ou ser reconhecido pelo seu sucesso?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

3. Com que frequência a pessoa demonstra amor e afeto pelos outros?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

4. Com que frequência viu a pessoa demonstrar sinais de felicidade (e.g.: sorrisos, risos e gargalhadas)?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

5. Com que frequência a pessoa expressa ou demonstra satisfação através de comentários positivos, gestos e/ou expressões faciais?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

6. A pessoa demonstra confiar nos outros partilhando sentimentos ou estando à vontade com eles?

Frequentemente

As vezes

Raramente/nunca

Domínio: Bem-Estar Físico

O domínio do Bem-Estar Físico está relacionado com a saúde da pessoa e cuidados de saúde, capacidade de cuidar de si mesma, mobilidade e recreação/ lazer. Antes de completar os itens da observação direta, deve primeiro recolher informação da pessoa relativamente ao bem-estar físico respondendo às seguintes questões:

Medidas Objetivas

1. Como é a saúde e o estado nutricional da pessoa?
2. Que desportos ou atividades recreativas é que a pessoa pratica e com que frequência?

Observação Direta

1. No geral, como avalia a saúde física desta pessoa?

Muito boa

Razoável

Pobre

2. Com que frequência a pessoa pratica desportos e atividades recreativas?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

3. Com que frequência a pessoa descansa o suficiente?

Frequentemente

Às vezes

Raramente/nunca

4. Como avalia o estado nutricional desta pessoa?

Muito bom

Razoável

Pobre

5. Quantas vezes a pessoa demonstra preocupações com o facto de ser magoado ou sofrer?

Raramente/nunca

Às vezes

Frequentemente

6. Como avalia a aparência da pessoa quando esta acorda e se levanta?

Bem desperto

Um pouco cansado

Cansado

Domínio: Bem-Estar Material

O domínio do Bem-Estar Material está relacionado com o estatuto financeiro, emprego, condições de habitabilidade e bens pessoais. Antes de completar os itens da observação direta, deve primeiro recolher informação da pessoa relativamente ao bem-estar material respondendo às seguintes questões:

Medidas Objetivas

1. Qual é o ordenado mensal da pessoa?
2. A pessoa tem posses que considera importantes?
3. A pessoa tem um emprego pago?
4. Existem bens ou coisas que a pessoa não conseguiu comprar no último ano por problemas financeiros?

Observação Direta

1. A pessoa tem salário disponível suficiente para comprar aquilo que realmente necessita?

Sempre/quase sempre

Às vezes

Raramente/nunca

2. A pessoa tem conta de poupança pessoal ou outras formas de poupar a que ele/ela possa recorrer?

Sempre/quase sempre

Às vezes

Raramente/nunca

3. A pessoa tem posses pessoais (e.g.: aparelhagem, televisão, rádio, fotografias)?

Muitos

Alguns

Poucos ou nenhuns

4. A pessoa tem um emprego remunerado?

Regular

Irregular

Raramente/nunca

5. A pessoa tem a chave da sua casa?

Sempre/quase sempre

Às vezes

Raramente/nunca

6. A pessoa tem dinheiro suficiente para fazer as escolhas do que quer (e.g.: o que vestir, o que comprar)?

Sempre/quase sempre

Às vezes

Raramente/nunca

Escala Pessoal de Resultados **Perfil**

Nome: _____

Nome do entrevistador: _____

Data da avaliação: ____/____/____

Pontuação: O entrevistador deve registrar a pontuação (3=opção esquerda, 2=opção do meio, 1=opção da direita) em cada item nesta ficha de registro:

- A pontuação de cada item é registrada na respectiva quadricula deste formulário (e.g.: Desenvolvimento Pessoal, Item #1);
- A pontuação dos seis itens de cada domínio é somada para indicar a pontuação total do respectivo domínio;
- A pontuação dos dois ou três domínios respectivos é somada para indicar a pontuação do fator;
- A pontuação dos três fatores é somada para demonstrar o indicador da qualidade de vida, para o questionário e para a observação direta.

			Questionário	Observação Direta
Fator	Domínio	Item	Pontuação	Pontuação
Independência	Desenvolvimento Pessoal	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		Total		
	Autodeterminação	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
	Total			
Pontuação Total do Fator Independência				

			Questionário	Observação
Fator	Domínio	Item	Pontuação	Direta Pontuação
Participação Social	Relações Interpessoais	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		Total		
	Inclusão Social	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		Total		
	Direitos	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		Total		
Pontuação Total do Fator Participação Social				
Bem-Estar	Bem-Estar Emocional	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		Total		
	Bem-Estar Físico	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		Total		
	Bem-Estar Material	1		
		2		
		3		
		4		
		5		
		6		
		Total		
Pontuação Total do Fator Bem-Estar				

Indicador da Qualidade de Vida (Total dos fatores Independência + Participação Social + Bem-Estar)	Indicador do Questionário de Qualidade de Vida	
	Indicador da Observação Direta da Qualidade de Vida	

Não reproduzir

ANEXOS 4

ECA

Escala de Comportamento Adaptativo

→ Versão portuguesa

de Sofia Santos e Pedro Morato, 2004

ECAP de	CA	ESCALA DE COMPORTAMENTO ADAPTATIVO
Sofia Santos e Pedro Morato, 2004		versão portuguesa

Nome: _____ Género: ☐ M ☐ F

Diagnóstico: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Data de Observação: ____/____/____

Idade: ____ anos e ____ meses Estabelecimento: _____

Responsável pela Observação: _____

Início da Intervenção: _____

Profissão do observador: _____

Relação com o observado: _____

Motivo da Observação: _____

Proveniência da Informação: _____

- Observação directa ☐
- Professor ☐
- Pais ☐
- Outros: _____ ☐

Residência (Localidade): _____

• Meio: Urbano ☐ Rural ☐ Piscatório ☐

Local de Nascimento: _____

Agregado Familiar (fátia): _____

Forma de Deslocação para a Escola: _____

→ Instruções para a Primeira Parte

A escala de comportamento adaptativo, versão portuguesa, apresenta como principal objectivo a avaliação da capacidade de adaptação dos indivíduos com dificuldade intelectual e desenvolvimental ao contexto ecológico onde se inserem, com a identificação de áreas fortes e fracas para a elaboração de planos habilitativos que visem a participação plena.

Desta forma, a escala é constituída por um conjunto de afirmações, que apresentam como objectivo a descrição e enumeração de comportamentos e condutas adoptadas pelas pessoas, em diferentes situações, da vida diária, com as quais são confrontadas.

Esta diversidade de domínios do comportamento humano, da escala procura reflectir a natureza das exigências de variadas situações, percepcionando a eficácia em lidar com as exigências contextuais, com as quais os indivíduos são confrontados, (quer ao nível das competências, quer ao nível dos comportamentos resultantes desajustados). Quando pretendemos avaliar o CA, não nos podemos limitar a uma única área, dado esta não constituir a representatividade do comportamento, sendo necessário ir mais além, à procura de uma gama variada de padrões de inúmeras habilidades, que possam caracterizar o comportamento humano nas mais diversas circunstâncias.

A base desta escala edifica-se na opinião de que todas as avaliações tem de ser caracterizadas, em primeiro lugar, pela objectividade, e ao mesmo tempo, contextualizar as variáveis ambientais que produzem efeitos (positivos ou negativos) nas adaptações dos sujeitos com ou sem dificuldade intelectual e desenvolvimental.

Antes de iniciar a aplicação, os avaliadores deverão dominar o processo de avaliação e todas as condições que lhe são inerentes (factores, pressupostos, compreensão dos procedimentos de administração, classificação e interpretação...), devendo, em seguida, aprofundar os seus conhecimentos relativos à filosofia do comportamento adaptativo, com a familiarização com os conteúdos da escala, itens, cotação e interpretação.

A aplicação desta escala deverá ser, de preferência, através de processos de observação directa ou sob a forma de uma entrevista à pessoa mais pertinente para responder às questões, revelando esta ser a pessoa que melhor conhece o avaliado

(no caso do avaliador não estabelecer contacto com o observado ou não conseguir reunir as condições necessárias ao preenchimento da escala). A escala deverá ser completada com apenas uma fonte de informação, quando tal não é possível, deve-se recorrer a um entrevistado alternativo ou adicional.

Na primeira página da escala, encontram-se os dados de caracterização breve dos sujeitos e das condições de avaliação, seguindo-se as instruções para a aplicação da mesma. A primeira página engloba informação considerada como relevante sobre o avaliado (nome, género, diagnóstico, data de nascimento, data de observação, idade, estabelecimento que frequenta, motivo e responsável pela observação, a experiência da informação, a residência e o agregado familiar).

Finalmente, encontramos as folhas de registo de resultados em cada domínio e factor, para finalmente se apresentar o registo gráfico dos resultados obtidos.

Ao longo da escala é possível observar a existência de regras gerais de aplicação:

1. os itens que especificam "com ajuda" para a concretização da tarefa, referem-se a um apoio quer físico directo quer verbal;
2. em caso de dúvida, dar o máximo da pontuação: cotar o item, mesmo se for necessário para completar a tarefa, o reforço verbal ou a análise da tarefa, a não ser que o item o "proíba" expressamente;
3. estar atentos a determinados itens que não podem ser realizados pelos avaliados devido às suas características individuais (e.g., pessoa acamada não pode responder ao item 4 – comer em locais públicos), pelo que se deve cotar como positivos, quando temos a certeza de que o conseguiriam fazer se tivessem essa oportunidade.
4. considerar o contexto sócio-cultural dos sujeitos: toda a interpretação da especificidade individual de cada caso, deverá ser baseada na contextualização ecológica do mesmo, sempre de acordo com as expectativas sócio-culturais vigentes e esperadas para o seu género e escalão etário. Alguns itens podem estar relacionados com condutas contrárias aos regulamentos internos da instituição (e.g., utilização telefones). Mesmo nestas circunstâncias devemos

completar a classificação, atribuindo a cotação quando temos a certeza de que o conseguiriam fazer (sem um treino adicional) se tivessem essa oportunidade.

Ao longo da primeira parte da escala verificam-se diferentes formas de cotação que passamos a apresentar:

- **Complexidade crescente:** os itens estão organizados em termos de dificuldade, correspondendo o maior valor à tarefa com maior grau de dificuldade; assinalar o nível mais elevado que o sujeito consegue atingir. E.g: se o sujeito apenas **pega** a roupa com ajuda, não conseguindo fazer mais nenhum dos itens superiores, então o item é cotado com 2, colocando-se o valor no quadrado correspondente.

Item 14	LAVAR ROUPA (Assinale o nível mais elevado)	
Sabe utilizar as máquinas de lavar/secar roupa sem ajuda.	3	
Coloca a roupa na máquina de lavar/secar, imitando a outra ajuda.	2	
Separa a roupa com ajuda.	1	
Não participa na tarefa de lavagem da roupa.	0	2
Não sabe lavar roupa.	0	

- **Sim / Não:** assinalar sim / não consoante o sujeito realiza ou não a tarefa com sucesso. Os pontos são somados e colocados no quadrado para o efeito.

Item 22	TELEFONE (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
Utiliza a lista telefónica.	1	0	
Utiliza telefones públicos (marca o número).	1	0	
Faz chamadas de telefones privados.	1	0	
Sabe atender o telefone.	1	0	3
Recebe mensagens telefónicas	1	0	

Existirão alguns itens que não se aplicam aos indivíduos que estão a ser avaliados. Nestes casos (e.g., se estes itens não forem aplicados ao indivíduo, por exemplo porque está completamente dependente de outros) siga as instruções colocando uma marca (✓) no espaço fornecido para tal e assinalando os valores associados com "Sim" ou "Não", como referido nas instruções.

Domínio Autonomia

A: Alimentação

Item 1	USO DOS UTENSÍLIOS DE MESA (Assinale o nível mais elevado)	
	Usa a faca de mesa para cortar.	7
	Coma adequadamente com faca e garfo.	6
	Coma adequadamente com colher e garfo.	5
	Coma sozinho com garfo, mas entorna parte da comida.	4
	Coma sozinho com uma colher - com asselo.	3
	Coma sozinho com uma colher, entornando parte da comida.	2
	Coma com os dedos.	1
	Não come sozinho, tem de ser alimentado.	0
Item 2	BEBER (Assinale o nível mais elevado)	
	Bebe sem entornar, segurando o copo com uma mão.	3
	Bebe por um copo sem ajuda, com asselo (uma ou duas mãos).	2
	Bebe por um copo sem ajuda, entornando parte da bebida.	1
	Não bebe por um copo sem ajuda.	0
Item 3	MANTENDO A MESA (Assinale todas as respostas)	Sim Não
	Retira a comida.	0 1
	Engole os alimentos sem os mastigar.	0 1
	Mastiga os alimentos com a boca aberta.	0 1
	Deixa cair a comida na mesa ou no chão.	0 1
	Usa o guardanapo.	1 0
	Fala com a boca cheia.	0 1
	Tira comida do prato dos outros.	0 1
	Coma demasiado rápido ou demasiado devagar.	0 1
	Coma com os dedos na comida.	0 1
Item 4	COMER EM LOCAIS PÚBLICOS (Assinale o nível mais elevado)	
	Encomenda/Escolhe refeições completas num restaurante.	3
	Encomenda/Escolhe refeições simples.	2
	Encomenda/Escolhe itens simples (bebidas, gelados, bolos, etc.), numa cantina ou num bar.	1
	Não encomenda/escolhe comida em locais públicos próprios.	0
B: Utilização da Casa-de-Banho		
Item 5	CONTROLO DOS ESFÍNCTERES (Assinale o nível mais elevado)	
	Nunca tem acidentes.	5
	Apenas tem acidentes à noite.	4
	Tem acidentes durante o dia, ocasionalmente.	3
	Tem acidentes durante o dia, frequentemente.	2
	Sem treino do uso da casa de banho.	1
	Não sabe utilizar a casa de banho.	0

Item 6	AUTONOMIA NA CASA DE BANHO (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Baixa as cuecas na casa de banho sem ajuda.	1	0
	Senta-se na sanita sem ajuda.	1	0
	Utiliza o papel higiénico de uma forma correcta.	1	0
	Puxa o autodismo após utilização.	1	0
	Veste-se sem ajuda.	1	0
	Lava as mãos sem ajuda.	1	0
	Tem autonomia na casa de banho	1	0

C: Higiene			
Item 7	LAVAR AS MÃOS E A CARA (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Lava as mãos e a cara com sabonete e água sem que lhe seja necessário dizer alguma coisa.	1	0
	Lava as mãos só com água.	1	0
	Lava a cara só com água.	1	0
	Seca a cara.	1	0
	Seca as mãos.	1	0

Item 8	BANHO (Assinale o nível mais elevado)	Sim	Não
	Prepara e toma o banho sem ajuda.	6	
	Lava-se e seca-se completamente, sem ajuda e sem solicitação.	5	
	Lava-se e seca-se razoavelmente, com ajuda verbal e/ou gestuais.	4	
	Lava-se e seca-se com ajuda.	3	
	Tenta ensaboar-se e lavar-se sozinho.	2	
	Coopera quando lavado ou seco por outros.	1	
	Não consegue tomar banho	0	

Item 9	HIGIENE PESSOAL (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Cheira bem das axilas.	1	0
	Muda com regularidade a sua roupa interior.	1	0
	A pele está limpa, autonomamente.	1	0
	Mantém as unhas limpas, por si mesmo.	1	0
	Assoa-se sozinho.	1	0
	Pentela o cabelo sem ajuda.	1	0

Item 10	LAVAGEM DOS DENTES (Assinale o nível mais elevado)	Sim	Não
	Faz a higiene oral de uma forma apropriada.	6	
	Põe pasta de dentes e lava os dentes com movimentos laterais.	5	
	Lava os dentes sem ajuda mas sem aplicar pasta de dentes.	4	
	Lava os dentes com supervisão.	3	
	Segura apenas na escova.	2	
	Coopera na lavagem dos dentes.	1	
	Não faz nenhuma tentativa de lavar os dentes.	0	
	Não faz higiene oral.	0	

D: Aparência			
Item 11	POSTURA (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	A boca permanece aberta.	0	1
	A cabeça permanece pendida.	0	1
	A barriga encontra-se proeminente devido à postura.	0	1
	Os ombros pendem para a frente com as costas arqueadas.	0	1
	Marcha com as pontas dos pés viradas para dentro ou para fora.	0	1
	Marcha com os pés muito afastados.	0	1
	Troca, arrasta ou bate os pés quando anda.	0	1
	Anda em bicos dos pés, como forma de deslocação.	0	1

Item 12	VESTUÁRIO (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Combina as cores da roupa que usa.	1	0
	A roupa que utiliza está sempre bem passada (não amarrutada).	1	0
	A roupa que utiliza está sempre limpa.	1	0
	Distingue entre sapatos de trabalho e de convívio.	1	0
	Escolhe roupas diferentes para ocasiões formais e informais.	1	0
	Utiliza roupas adequadas (casaco, botas...) às condições atmosféricas.	1	0
	Sabe cuidar do seu vestuário.	1	0

E: Cuidados com o Vestuário			
Item 13	CUIDADOS COM O VESTUÁRIO (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Limpa os sapatos quando necessário.	1	0
	Arruma/Guarda a roupa nas gavetas, armário ou guarda-fato.	1	0
	Pendura a roupa sem ser necessário dizer-lhe.	1	0
	Chama a atenção para a falta de botões, buracos e/ou remendos da roupa.	1	0

Item 14	LAVAR ROUPA (Assinale o nível mais elevado)	Sim	Não
	Sabe utilizar as máquinas de lavar/secar roupa sem ajuda.	4	
	Coloca a roupa na máquina de lavar/secar, iniciando-a com ajuda.	3	
	Separa a roupa com ajuda.	2	
	Não participa na tarefa da lavagem da roupa.	1	
	Não sabe lavar a roupa.	0	

F: Vestir e Despir			
Item 15	VESTIR (Assinale o nível mais elevado)	Sim	Não
	Veste-se sozinho.	5	
	Veste-se sozinho, apenas com reforço verbal.	4	
	Veste-se pondo todas as roupas com ajuda verbal e apertando-as (abotoando-as, correndo o fecho, etc.) com ajuda.	3	
	Veste e aperta a maioria das roupas com ajuda.	2	
	Coopera quando está a ser vestido estendendo os braços e as pernas.	1	
	Tem que ser completamente vestido	0	

Item 16	DESPIR NAS ALTURAS APROPRIADAS (Assinale o nível mais elevado)	
	Despe-se sozinho.	6
	Despe-se sozinho, apenas com reforço verbal.	5
	Despe-se tirando todas as roupas, desabotoando-as, com ajuda verbal.	4
	Despe-se tirando todas as roupas, abrindo os fechos, com ajuda verbal.	3
	Despe e desaperta a maioria das roupas com ajuda.	2
	Coopera quando está a ser despido estendendo os membros.	1
	Tem que ser completamente despido.	0
Item 17	SAPATOS (Assinale todas as respostas)	Sim Não
	Calça os sapatos sem ajuda.	1 0
	Aperta os atacadores sem ajuda.	1 0
	Desaperta os atacadores sem ajuda.	1 0
	Descalça os sapatos sem ajuda.	1 0
	Aperta e desaperta a maioria dos sapatos.	1 0
	Calça os sapatos com ajuda.	1 0
	Descalça os sapatos com ajuda.	1 0
G: Deslocação		
Item 18	Sentido de orientação (Assinale o nível mais elevado)	
	Consegue orientar-se mesmo nos locais que desconhece (não se perde).	3
	Vai para além de algumas ruas e edifícios conhecidos, sem se perder.	2
	Anda pelas vizinhanças da instituição ou da casa sozinho.	1
	Perde-se sempre que sai da sua área de residência sozinho.	0
Item 19	TRANSPORTE (Assinale todas as respostas)	Sim Não
	Anda em carros particulares, com segurança (quieto, com o cinto...).	1 0
	Anda sozinho de avião.	1 0
	Anda sozinho de comboio ou camioneta em longas distâncias.	1 0
	Anda sozinho de táxi.	1 0
	Anda sozinho de transportes públicos em viagens urbanas não familiares.	1 0
	Anda sozinho de transportes públicos em viagens urbanas familiares.	1 0
Item 20	MOBILIDADE (Assinale todas as respostas)	Sim Não
	Atravessa a estrada sozinho e em segurança.	1 0
	Pode ir/vir sozinho para a escola/trabalho.	1 0
	Desloca-se autonomamente para assistir a actividades de recreação (ex: filmes, jogos) sozinho.	1 0
	É portador de carta de condução.	1 0

Item 21	SEGURANÇA NA RUA OU NO RECENTO ESCOLAR (Assinale o nível mais elevado)	
	Consciência dos possíveis perigos (ex: evita grandes profundidades da piscina, não aceita boleias de estranhos, usa cinto de segurança nos carros, usa o corrimão das escadas, etc.).	3
	Obedece aos sinais de trânsito e indicações de segurança existentes.	2
	Olha para os dois lados e espera se necessário antes de atravessar a estrada.	1
	Não reconhece perigos possíveis.	0
H: Outros itens de Autonomia		
Item 22	TELEFONE (Assinale todas as respostas)	Sim Não
	Utiliza a lista telefónica.	1 0
	Utiliza telefones públicos (marca o número).	1 0
	Faz chamadas de telefones privados.	1 0
	Sabe atender o telefone.	1 0
	Recebe mensagens telefónicas.	1 0
Item 23	VALORES (Assinale todas as respostas)	Sim Não
	Apresenta um controlo normal do apetite, comendo sem exageros.	1 0
	Conhece as fragrâncias e temperos básicos nos alimentos.	1 0
	Vigia a sua saúde (ex: troca a roupa molhada pela seca).	1 0
	Trata ferimentos simples (ex: cortes, queimaduras).	1 0
	Sabe como e onde obter ajuda médica.	1 0
	Conhece a existência dos serviços na comunidade.	1 0
	Sabe o seu nome.	1 0
	Sabe a sua morada.	1 0
Item 24	SEGURANÇA EM CASA (Assinale o nível mais elevado)	
	Pergunta se um objecto desconhecido é próprio para consumo/tocar.	3
	É cuidadoso com os perigos dos equipamentos eléctricos.	2
	É cuidadoso com a comida/bebida, pratos/panelas quentes.	1
	Não tem consciência de possíveis perigos.	0
Total de Domínio Autonomia (Soma dos itens 1 - 24)		

Domínio Desenvolvimento Físico

A: Desenvolvimento Sensorial (capacidades observáveis)

Item 25	Visão (COM ÓCULOS, SE UTILIZADOS) (Assinale o nível mais elevado)	
	Sem dificuldades em ver.	3
	Tem algumas dificuldades em ver.	2
	Tem grandes dificuldades em ver.	1
	Não consegue ver.	0

Item 26	Audição (COM APARELHO AUDITIVO, SE UTILIZADOS) (Assinale o nível mais elevado)	
	Sem dificuldades em ouvir.	3
	Algumas dificuldades em ouvir.	2
	Grandes dificuldades em ouvir.	1
	Não consegue ouvir.	0

B: Desenvolvimento Motor

Item 27	Equilíbrio (Assinale o nível mais elevado)	
	Nota: se é uma pessoa que anda em bicos dos pés (Item 11) e corre (Item 12).	
	É capaz de se manter em bicos dos pés durante 10 s, quando solicitado.	5
	É capaz de se manter apoiado num pé durante 2 s quando solicitado.	4
	Permanece em pé sem ajuda cerca de 5 minutos ou mais.	3
	Permanece em pé com ajuda cerca de 5 minutos ou mais.	2
	Mantém-se sentado sem ajuda cerca de 10 minutos ou mais.	1
	Não consegue fazer nada do descrito nas afirmações anteriores.	0

Item 28	TONICIDADE, MARCHA E CORRIDA (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Revela um bom nível de tonicidade (vs. hipo ou hipertonia).	1	0
	Anda sozinho.	1	0
	Sobe e desce escadas sozinho.	1	0
	Desce as escadas com alternância dos pés.	1	0
	Corre (sem cair muitas vezes).	1	0
	Salta ou pula.	1	0

Item 29	LATERALIDADE E NOÇÃO CORPORAL (Assinale o nível mais elevado)	
	Tem bem definida a lateralidade (utiliza sempre o mesmo lado).	3
	Apointa com exactidão todas as partes do corpo, quando solicitado.	2
	Apointa com exactidão apenas 5 partes do corpo.	1
	Sem noção corporal.	0

Item 30	PRÁTICA FINA (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Manipula objectos pequenos.	1	0
	Manipula objectos grandes.	1	0
	Transfere um objecto de uma mão para a outra.	1	0
	Aperta um objecto.	1	0
	Desenha.	1	0
	Levanta uma chavena ou um tampo.	1	0
	Agarra com o polegar e um dedo (oponibilidade do polegar).	1	0
	Consegue recortar com uma tesoura.	1	0
Item 31	COORDENAÇÃO ÓCULO-MANUAL/PODA (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Apanha uma bola.	1	0
	Agarra uma bola.	1	0
	Atrai/lança uma bola por cima do ombro.	1	0
	Atrai/lança uma bola por baixo.	1	0
	Passa uma bola.	1	0
	Arresta uma bola.	1	0
Item 32	FUNCIONALIDADE DOS MEMBROS (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	Utiliza de uma forma funcional, o braço direito.	1	0
	Utiliza de uma forma funcional, o braço esquerdo.	1	0
	Utiliza de uma forma funcional, a perna direita.	1	0
	Utiliza de uma forma funcional, a perna esquerda.	1	0
Total do Domínio Desenvolvimento Físico (Soma dos itens 25 - 32)			

Domínio Actividade Económica

A: Manuseamento do Dinheiro e Planeamento da sua Utilização		
Item 33	MANUSEAMENTO DO DINHEIRO (Assinale o nível mais elevado)	
	Faz a gestão do seu próprio dinheiro.	7
	Faz trocos correctamente.	6
	Soma moedas até perfazer a quantia de 5€.	5
	Utiliza o dinheiro mas não faz trocos correctamente.	4
	Reconhece as notas.	3
	Reconhece as moedas.	2
	Tem noção de quantidade.	1
	Não utiliza o dinheiro.	0
	Item 34	SERVIÇOS BANCÁRIOS (Assinale todas as respostas)
Utiliza os serviços bancários de forma independente.		1 0
Mantém uma conta com ajuda.		1 0
Consegue preencher os impressos de depósito e de levantamento.		1 0
Tem cartão multibanco - pode utilizar as "caixas automáticas".		1 0
Reconhece o cartão multibanco.		1 0
Item 35	RECADOS DE PAGAMENTO (Assinale todas as respostas)	
	Sabe utilizar o multibanco.	1 0
	Tem multibanco ou acesso a outras formas de crédito.	1 0
	Transporta a identificação apropriada (BI).	1 0
Item 36	PLANEAMENTO DA UTILIZAÇÃO DO DINHEIRO (Assinale todas as respostas)	
	Poupa dinheiro com um objectivo particular.	1 0
	Faz estimativas dos preços dos bilhetes, das refeições, etc.	1 0
	Gasta o dinheiro obedecendo a uma determinada planificação.	1 0
Item 37	RECADOS (Assinale o nível mais elevado)	
	Vai a várias lojas e especifica diferentes itens.	4
	Vai a uma loja e especifica um item.	3
	Vai às compras, quando solicitado, sem levar uma lista.	2
	Vai às compras, quando solicitado, levando uma lista.	1
	Não sabe fazer recados.	0

Item 38	COMPRAS
	(Assinale o nível mais elevado)
	Compra as suas próprias roupas.
	Compra os acessórios para as suas roupas.
	Faz compras menores, sem ajuda (ex: doces, bebidas, etc.).
	Faz compras sob uma pequena supervisão.
	Faz compras sob uma supervisão apertada.
	Não faz compras.

Total de Domínio Actividade Económica

(Soma dos Itens 33 - 38)

Domínio Desenvolvimento da Linguagem

Item 39		EXPRESSÃO PRÉ-VERBAL (Assinale todas as respostas)		Sim	Não
		Acena a cabeça ou sorri para expressar alegria.		1	0
		Indica que tem fome.		1	0
		Indica desejos através de ruídos vocais ou apontando.		1	0
		Imita sons de objectos ou animais (ex: au-au, mée-mée, etc.).		1	0
		Expressa prazer ou desagrado através de ruídos vocais.		1	0
		Comunica por gestos.		1	0
Item 40		PALAVRAS (Assinale o nível mais elevado)			
		Utiliza o "verbo" quando descreve imagens.		4	
		Nomeia pessoas ou objectos na descrição de imagens.		3	
		Nomeia objectos familiares.		2	
		Pergunta pelos objectos pelo seu nome.		1	
		É não-verbal ou quase não-verbal.		0	
Item 41		FRASES (Assinale o nível mais elevado)			
		Por vezes utiliza frases complexas contendo "Porquê", "Mas", etc.		3	
		Coloca questões utilizando palavras como "Porquê", "Como", "O quê", etc.		2	
		Fala através de frases simples.		1	
		Fala apenas através de frases primitivas ou de uma forma não verbal.		0	
Item 42		ARTICULAÇÃO (Assinale todas as respostas)		Sim	Não
		O discurso é baixo, fraco, sussurrado ou difícil de ser ouvido.		0	1
		O discurso é lento, deliberado, ou trabalhado.		0	1
		O discurso é apressado, acelerado ou precipitado.		0	1
		Fala com bloqueios, hesitações ou outras interrupções irregulares.		0	1
		O discurso é difícil de ser entendido.		0	1
A: Expressão		ESCRITA (Assinale o nível mais elevado)			
Item 43		Escreve cartas ou histórias completas e compreensíveis.		7	
		Escreve memorandos ou notas curtas.		6	
		Escreve ou imprime frases completas.		5	
		Escreve ou imprime, no mínimo, dez palavras.		4	
		Escreve o nome.		3	
		Escreve as letras do alfabeto.		2	
		Identifica as letras do alfabeto.		1	
		Não consegue escrever.		0	

Item 44		ESCREVER À MÃO (Assinale todas as respostas: se o Item 43 está cotado com "0", assinale "Sim" para todas as afirmações).		Não	Sim
		Inverte a escrita.		1	0
		Troca algumas letras.		1	0
		A sua escrita é, de uma forma geral, ilegível.		1	0
		É incapaz de agarrar a caneta ou o lápis.		1	0
B: Compreensão verbal		COMPREENSÃO DE INSTRUÇÕES VERBAIS (Assinale o nível mais elevado)			
Item 45		Compreende instruções complexas envolvendo uma decisão: "Se _____, faz isto; mas se não, faz _____".		4	
		Compreende instruções envolvendo uma série de passos: "Primeiro faz _____; depois faz _____".		3	
		Responde a questões simples ("Como te chamas?", "O que fazes?").		2	
		Responde, correctamente, a frases simples (ex: "Pára!", "Senta-te!", "Vem cá!", etc.).		1	
		Não compreende, nem mesmo, as instruções verbais mais simples.		0	
Item 46		LEITURA (Assinale o nível mais elevado)			
		Lê livros adequados para a sua idade.		4	
		Lê histórias simples, jornais ou banda desenhada.		3	
		Lê vários sinais (ex: "Stop", "Proibidos", "Sembranças", etc.).		2	
		Reconhece 10 ou mais palavras através da visão.		1	
		Reconhece menos de 10 palavras.		0	
C: Desenvolvimento da Linguagem Social		CONVERSÇÃO (Assinale todas as respostas)		Sim	Não
Item 47		Compreende os outros de forma adequada.		1	0
		Utiliza frases como "Por favor" e "Obrigado".		1	0
		É sociável e respeita as regras implícitas a uma conversa.		1	0
		Fala com os outros de acordo, família, actividades de grupo, etc.		1	0
		Expressa ideias de forma clara permitindo que os seus sentimentos, necessidades e vontades sejam entendidos.		1	0
Item 48		VÁRIOS (Assinale todas as respostas)		Sim	Não
		Podem-se discutir questões de forma socialmente aceite.		1	0
		Responde quando abordado.		1	0
		Fala com lógica.		1	0
		Lê livros, jornais ou revistas por prazer.		1	0
		Repete uma história com pouca ou nenhuma dificuldade.		1	0
		Preenche a maioria dos itens de impressos bastante bem.		1	0
		Utiliza uma linguagem adequada.		1	0
		Utiliza comunicação alternativa.		1	0
Total do Domínio Desenvolvimento da Linguagem		(Soma dos itens 39 - 48)			

Domínio Números e Tempo

Item 49		NÚMEROS	
(Assinale o nível mais elevado)			
Faz divisões		8	
Faz multiplicações		7	
Faz subtracções simples		6	
Faz adições		5	
Conta dez ou mais objectos		4	
Conta mecanicamente até dez		3	
Conta dois objectos dizendo "Um... Dois"		2	
Discrimina entre "Um", "Vários" e "Muitos"		1	
Não compreende o conceito de números		0	
Item 50		TEMPO	
(Assinale todas as respostas)		Sim	Não
Diz as horas num relógio com precisão até ao minuto		1	0
Vê as horas correctamente num relógio digital		1	0
Vê as horas correctamente num relógio analógico		1	0
Compreende intervalos de tempo (ex. entre as "3:30" e as "4:30")		1	0
Compreende a equivalência das horas (ex. "9:15" e nove em quarto)		1	0
Relaciona as horas com vários actos ou eventos		1	0
Item 51		CONCEITO DE TEMPO	
(Assinale todas as respostas)		Sim	Não
Nomeia os dias da semana		1	0
Refer-se correctamente a "manhã" e a "tarde"		1	0
Nomeia os meses		1	0
Nomeia as estações do ano		1	0
Compreende diferenças entre dia/semana, minuto/hora, mês/ano...		1	0
Sabe dizer a data actual quando questionado		1	0
Total do Domínio Números e Tempo			
(Soma dos Itens 49 + 51)			

Domínio Actividade Doméstica

A: Limpeza			
Item 52		LIMPEZA DO ESPAÇO PRÓPRIO	
(Assinale o nível mais elevado)			
Limpa, sem que lhe seja solicitado, o seu espaço próprio (ex: cama, carteira, etc.)		3	
Limpa, quando lhe é solicitado e/ou com ajudas verbais ou gestuais, o seu espaço próprio		2	
Esforça-se por limpar o seu espaço próprio, mas não o faz na sua totalidade		1	
Não limpa o seu espaço próprio, nem na escola nem no local de residência		0	
Item 53		TRATAMENTO DO VESTUÁRIO	
(Assinale todas as respostas)		Sim	Não
Leva a roupa		1	0
Coloca a roupa na máquina e retira-a quando a lavagem termina		1	0
Separa a roupa de cor de branca		1	0
Estende, apalha ou seca a roupa		1	0
Dobra a roupa		1	0
Passa a ferro quando necessário		1	0
Utiliza correctamente a máquina de lavar/tende e/ou seca roupa		1	0
B: Cozinha			
Item 54		PÔR A MESA	
(Assinale o nível mais elevado)			
Coloca todos os talheres, pratos, copos bem como guardanapos, pão, lençóis, etc. nos locais correctos		3	
Coloca pratos, copos e talheres nos locais correctos		2	
Coloca pratos, copos e talheres na mesa		1	
Não põe a mesa		0	
Item 55		PREPARAÇÃO DE REFEIÇÕES	
(Assinale o nível mais elevado)			
Utiliza correctamente fogão e/ou micro-ondas para preparar uma refeição completa		4	
Prepara uma refeição completa de uma forma adequada (utilizando comida congelada ou enlatada)		3	
Prepara ou confecciona pratos culinários simples, como por exemplo ovos mexidos, etc.		2	
Prepara refeições simples que não exigem preparação ou confecção culinária como sandes, misturar cereais com leite, etc.		1	
Incapaz de preparar qualquer tipo de refeição		0	
Item 56		LEVANTAR A MESA	
(Assinale o nível mais elevado)			
Levanta a mesa com pratos e copos quebráveis		2	
Levanta a mesa com pratos e copos inquebráveis		1	
Não levanta a mesa		0	

C. Outros deveres domésticos

Item 57	Vários (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
Lava bem os pratos.	1	0	
Faz a cama correctamente.	1	0	
Ajuda nas tarefas domésticas.	1	0	
Executa tarefas domésticas de uma forma regular.	1	0	
Coloca a louça na máquina de lavar e utiliza-a correctamente.	1	0	
Utiliza correctamente pequenos electrodomésticos de cozinha.	1	0	

Total do Domínio Actividade Doméstica

(Soma dos Itens 52 - 57)

7

Primeira Parte

Domínio Actividade Pré-Profissional

Item 58	Complexidade do Trabalho (Assinale o nível mais elevado)	
Realiza um trabalho que requiera a utilização de instrumentos ou maquinaria (ex: trabalho numa loja, coser, etc.).	2	
Realiza trabalho simples (ex: desapejar o lixo, etc.).	1	
Não desempenha qualquer tipo de trabalho.	0	

Item 59	Desempenho do Trabalho - Emprego/Escola (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
Trabalhador cuidadoso - evita os acidentes consigo e com os outros.	1	0	
Toma conta das ferramentas, equipamentos, abastecimentos, etc.	1	0	
Trabalha constante e produtivamente.	1	0	
É organizado e preciso.	1	0	

Item 60	Hábitos de Trabalho/Escolares (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
É pontual, não se atrasando ao trabalho/escola, sem uma boa razão para tal.	1	0	
É assíduo ao trabalho/escola.	1	0	
Completa o trabalho sem encorajamento/supervisão constante.	1	0	
Permanece no seu lugar (não se levanta sem permissão).	1	0	
Acata as solicitações (não se queixa e protesta) do trabalho/escola.	1	0	

Total do Domínio Actividade Pré-Profissional

(Soma dos Itens 58 - 60)

8

Domínio Personalidade

A: Iniciativa

Item 61	Iniciativa (Assinale o nível mais elevado)	
Inicia a maioria das suas actividades (ex: jogos, tarefas, etc.).	4	
Pergunta se há alguma coisa para fazer.	3	
Explora o envolvimento.	2	
Apenas participa nas actividades quando solicitado ou designado.	1	
Não participa em actividades designadas (e.g.: arrumar os brinquedos, etc.).	0	

Item 62	Passividade (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
Concretiza as tarefas sem necessidade de reforço/estímulo constante.	1	0	
Executa as tarefas sem ser necessário "ordenar-lhe" a sua execução.	1	0	
Tem ambição.	1	0	
Denota interesse nas coisas.	1	0	
Não desperdiça tempo na concretização das tarefas.	1	0	
Independente dos outros (não precisa de ajuda na maioria dos casos).	1	0	
Os movimentos são fluidos e rápidos.	1	0	

B: Perseverança

Item 63	Atenção (Assinale o nível mais elevado)	
Presta atenção a actividades significativas mais de 15 minutos (e.g.: leitura, brincadeiras, jogos, etc.).	4	
Presta atenção a actividades significativas até 15 minutos.	3	
Presta atenção a actividades significativas até 10 minutos.	2	
Presta atenção a actividades significativas até 5 minutos.	1	
Incapaz de prestar atenção a actividades significativas nem 5 minutos.	0	

Item 64	Persistência (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
Consegue organizar tarefas.	1	0	
Motiva-se facilmente.	1	0	
É bem sucedido na consecução de tarefas.	1	0	
Mantém-se na mesma actividade (não salta de uma tarefa para outra).	1	0	

Item 65	Ocupação dos Tempos Livres (Assinale o nível mais elevado)	
Organiza actividades de recreação a um nível algo complexo (ir à pesca, jogar bilhar, jogos de computador, etc.).	4	
Denota um interesse activo nos passatempos (pintura, cromos).	3	
Participa em actividades de recreação quando organizadas para ela/e.	2	
Participa em actividades de recreação a um nível simples (ouvir rádio, ver televisão, etc.).	1	
É incapaz de integrar actividades de recreação, mesmo as mais simples.	0	

Total do Domínio Personalidade

(Soma dos Itens 61 - 65)

Domínio Responsabilidade

Item 66		OBJECTOS PESSOAIS (Assinale o nível mais elevado)	
	Muito responsável - toma sempre conta dos seus objectos pessoais.	3	
	Geralmente responsável - toma de uma forma geral conta dos seus objectos pessoais.	2	
	Não muito responsável - raramente toma conta dos seus objectos pessoais.	1	
	Não é nada responsável, não toma conta dos seus objectos pessoais.	0	
Item 67		RESPONSABILIDADE EM GERAL (Assinale o nível mais elevado)	
	Muito consciente e muito responsável - desenvolve esforços especiais, as actividades atribuídas são sempre cumpridas.	3	
	Geralmente responsável - faz um esforço para cumprir as responsabilidades; as actividades que lhe estão atribuídas são quase sempre cumpridas.	2	
	Não é responsável - faz poucos esforços para cumprir as suas responsabilidades; as actividades que lhe estão atribuídas são pouco ou nem cumpridas.	1	
	Não lhe são atribuídas responsabilidades; é incapaz de as cumprir.	0	
Item 68		RESPONSABILIDADE PESSOAL (Assinale todas as respostas)	Sim Não
	De uma forma geral mantém o seu auto-controlo.	1	0
	Consegue o conceito da pontualidade.	1	0
	Procura e aceita ajuda nas instruções.	1	0
	Participa (professor, supervisor, etc.) a existência de um problema.	1	0
	Assume as responsabilidades das suas acções.	1	0

Total de Domínio Responsabilidade
(Soma dos Itens 66 - 68)

Domínio Socialização

Item 69		COOPERAÇÃO (Assinale o nível mais elevado)	
	Oferece ajuda aos outros.	2	
	Está disposto a ajudar, se solicitado.	1	
	Nunca ajuda os outros.	0	
Item 70		CONSIDERAÇÃO PELOS OUTROS (Assinale todas as respostas)	Sim Não
	Demonstra interesse nos assuntos dos outros.	1	0
	Toma conta dos objectos dos outros.	1	0
	Dirige ou gere os assuntos dos outros, quando necessário.	1	0
	Demonstra consideração pelos sentimentos dos outros.	1	0
Item 71		CONSCIÊNCIA DA EXISTÊNCIA DOS OUTROS (Assinale todas as respostas)	Sim Não
	Reconhece a sua própria família.	1	0
	Reconhece outras pessoas para além da família.	1	0
	Tem informações sobre outros (e.g., empregos, moradas, etc.).	1	0
	Sabe os nomes das pessoas próximas (e.g., vizinhos, colegas, etc.).	1	0
	Sabe o nome das pessoas com as quais não está em regular contacto.	1	0
Item 72		INTERACÇÃO COM OS OUTROS (Assinale o nível mais elevado)	
	Interage com os outros em jogos/actividades de grupo.	3	
	Interage com os outros pelo menos num curto período de tempo (e.g.: mostrando ou oferecendo brinquedos, roupas ou objectos).	2	
	Interage com os outros imitando-os, com pouca interacção.	1	
	Não responde aos outros de uma forma socialmente adequada.	0	
Item 73		PARTICIPAÇÃO EM ACTIVIDADES DE GRUPO (Assinale o nível mais elevado)	
	Lidera actividades de grupo (líder e organizador).	3	
	Participa nas actividades de grupo de uma forma espontânea e entusiástica (participação activa).	2	
	Participa nas actividades de grupo quando encorajado (participação passiva).	1	
	Não participa ou afasta-se de actividades de grupo.	0	
Item 74		ECOSMO (Assinale todas as respostas)	Sim Não
	Espera pela sua vez.	1	0
	Partilha com os outros.	1	0
	Tem comportamento adequado mesmo quando as coisas não acontecem como ela/a quer.	1	0
	Espera pelo professor que está a ajudar o colega, não interrompendo.	1	0
	Aceita a crítica.	1	0

Item 75	MATURIDADE SOCIAL (Assinale todas as respostas)	Sim	Não
	É demasiado familiar com estranhos.	0	1
	Tem medo dos estranhos.	0	1
	Faz qualquer coisa para fazer amigos.	0	1
	Gosta muito de agarrar as mãos a todas as pessoas.	0	1
	Está sempre agarrado a alguém.	0	1

Total do Domínio Socialização
(Soma dos Itens 69 - 75)

Item suplementar para raparigas	Menstruação (Assinale o nível mais alterado)
	Não tem menstruação
	5
	Cuida-se sozinha durante a menstruação sem a lembrar-se a ajudar.
	8
	Cuida-se ocasionalmente sem durante a menstruação.
	4
	Ajudar a mulher os períodos durante a menstruação.
	3
	Indica a necessidade da mulher de penas durante a menstruação.
	2
	Indica o início da menstruação.
	1
	Não realiza nada relacionado com as afirmações anteriores.
	0

→ Instruções para a Segunda Parte

A definição de CA implica a recolha de informação pertinente das competências dos sujeitos, englobando, igualmente, a avaliação de comportamentos desviantes, que se traduzem por dificuldades, nos vários domínios, em lidar com as exigências inerentes ao contexto ecológico onde os sujeitos se movem. É assim que se explica a existência de uma parte da escala dedicada a comportamentos desajustados que se relacionam, obviamente, com a capacidade de ajustamento pessoal e social e com as demais responsabilidades que tal acarreta. Nesta perspectiva, a maioria dos itens avaliados na Parte II reportam-se a conceitos bem estruturados e organizados pelo contexto cultural dos sujeitos. Os domínios presentes constituem-se como medidas de CA relativos à manifestação de problemas de personalidade e comportamentais. Esta parte engloba comportamentos que podem ou não ser visíveis e/ou exibidos pelos avaliados, preocupando-se com a frequência com que os mesmos são apresentados. O valor optimal é o "zero", significando que o comportamento desajustado nunca ocorreu. Esta parte da escala contém apenas um tipo de item, ilustrado pelo seguinte exemplo:

Item 19	DAMNAR PROPRIEDADES DOS OUTROS	N	O	F
	Rasga, entraga ou fura a roupa dos outros.	0	1	2
	Suja as propriedades dos outros.	0	1	2
	Rasga as revistas, livros ou qualquer pessoal dos outros.	0	1	2
	Outro (especificar)	0	1	2

Legenda: N - nunca = 0 O - ocasionalmente = 1 F - frequentemente = 2

Numa tentativa de homogeneizar conceitos, e baseando-nos nos estudos de MacDowall (1988), optámos por definir "ocasionalmente" como um comportamento que ocorre, pelo menos, 3x/semana; o comportamento "frequente" é caracterizado por ocorrer várias vezes ou de forma habitual mais de 3x/semana e o "Nunca" significa que o comportamento não foi observado nem uma única vez. Utilizar o espaço para "Outros" nos casos onde se observam outro tipo de comportamentos adicionais associados ou que não se encontram abrangidos por qualquer uma das afirmações, procedendo-se ao mesmo tipo de avaliação dos anteriores (nota: apenas um "outros" poderá incluído em cada item correspondente). Alguns dos itens descritos podem não ser problemáticos em todas as situações, estando essa classificação dependente da forma como a sociedade o perspectiva.

Domínio Comportamento Social

Item 1	AMEAÇAS OU VIOLÊNCIA FÍSICA	N	O	F
	Utiliza gestos ameaçadores.	0	1	2
	Indirectamente magoa os outros.	0	1	2
	Insulta as pessoas.	0	1	2
	Cospe nos outros.	0	1	2
	Empurra, arranha ou belisca os outros.	0	1	2
	Puxa o cabelo, as orelhas, etc., dos outros.	0	1	2
	Morde os outros.	0	1	2
	Pontapela, bate ou esbofetela os outros.	0	1	2
	Atira objectos aos outros.	0	1	2
	Asfixia os outros.	0	1	2
	Utiliza objectos como armas contra os outros.	0	1	2
	Malbata os outros.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 2	COMPORTAMENTOS VIOLENTOS/IRAS TEMPERAMENTAIS	N	O	F
	Chora e grita.	0	1	2
	Bate o pé batendo com objectos ou contra portas, etc.	0	1	2
	Bate o pé, gritando e berrando.	0	1	2
	Atira-se para o chão, gritando e berrando.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 3	AMEAÇA OU DIZ MAL DOS OUTROS	N	O	F
	Diz mal dos outros.	0	1	2
	Conta histórias exageradas ou falsas sobre os outros.	0	1	2
	Ameaça os outros.	0	1	2
	Implica/provoca os outros.	0	1	2
	Goza com os outros.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 4	MANDA E MANIPULA OS OUTROS	N	O	F
	Tenta dizer aos outros o que fazer.	0	1	2
	Exige serviços dos outros.	0	1	2
	Empurra as pessoas de um lado para o outro.	0	1	2
	É o causador de lutas entre os outros.	0	1	2
	Manipula os outros de forma a colocá-los em sarilhos.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

Item 5	LINGUAGEM AGRESSIVA	N	O	F
	Utiliza linguagem hostil (ex: "estúpido idiota", "porco sujo").	0	1	2
	Pragueja, amaldiçoa ou utiliza linguagem obscena.	0	1	2
	Grita ou berra ameaças de violência.	0	1	2
	Ameaça outros verbalmente, sugerindo violência física.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 6	FRACA TOLERÂNCIA À FRUSTRAÇÃO	N	O	F
	Culpa os outros pelos seus próprios erros.	0	1	2
	Afasta-se ou amua quando contrariado.	0	1	2
	Aberreca-se quando contrariado.	0	1	2
	Faz birras temperamentais quando não consegue o que quer.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 7	PERTURBA AS ACTIVIDADES DOS OUTROS	N	O	F
	Está sempre no caminho (interferindo).	0	1	2
	Interfere com as actividades dos outros (ex: bloqueando a passagem, etc.).	0	1	2
	Atrapalha o trabalho dos outros.	0	1	2
	Bate nos objectos com os quais os outros estão a trabalhar (ex: puzzles, jogos de cartas, etc.).	0	1	2
	Retira os objectos das mãos dos outros.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

Total do Domínio Comportamento Social

(Soma dos itens 1 - 7)

Domínio Conformidade

Item 8	IGNORA REGULAMENTOS E ROTINAS	N	O	F
	Tem uma atitude negativa acerca das regras e usualmente não se conforma.	0	1	2
	Tem de ser forçado a dirigir-se a filas de espera (ex: para o almoço).	0	1	2
	Viola regras e regulamentos (ex: come em áreas restritas e, não respeita os sinais de trânsito, etc.).	0	1	2
	Recusa participar em actividades obrigatórias (ex: escola, trabalho).	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 9	RESISTE A CUMPRIR INSTRUÇÕES, PEDIDOS OU ORDENS	N	O	F
	Fica aborrecido se lhe for dada uma ordem directa.	0	1	2
	Finge não ouvir e não segue instruções dadas.	0	1	2
	Não presta atenção às instruções.	0	1	2
	Recusa-se trabalhar em actividades atribuídas.	0	1	2
	Hesita muito tempo antes de fazer tarefas atribuídas.	0	1	2
	Faz o oposto do que lhe foi solicitado.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 10	ATTITUDE INSOLENTE OU REBELDE FACE À AUTORIDADE	N	O	F
	Ressente-se contra pessoas com autoridade (ex: professores, líderes).	0	1	2
	Faz-se face às pessoas com autoridade.	0	1	2
	Reduziriza as pessoas com autoridade.	0	1	2
	Afirma que pode atingir pessoas com autoridade.	0	1	2
	Afirma que familiares virão matar ou magoar pessoas com autoridade.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 11	FALTA, ATRASA-SE PARA TAREFAS OU LOCAIS	N	O	F
	Chega atrasado para actividades ou locais solicitados.	0	1	2
	Não regressa ao local desejado depois de ir a um determinado lugar (ex: regressar da casa de banho, ir fazer um recado, etc.).	0	1	2
	Deixa o local de uma actividade solicitada sem pedir permissão (ex: escola, trabalho, sala, etc.).	0	1	2
	Falta a actividades quotidianas (ex: trabalho, aulas, etc.).	0	1	2
	À noite chega tarde a casa, ao dormitório, etc.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

Item 12	FOGE OU TENTA FUGIR	N	O	F
	Tenta fugir de casa, escola, trabalho, etc.	0	1	2
	Foge de actividades de grupo (ex: piqueniques, viagens de estudo).	0	1	2
	Foge de casa, escola, trabalho, etc.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 13	PORTA-SE MAL EM SITUAÇÕES DE GRUPO	N	O	F
	Interrompe discussões de grupo abordando temas não relacionados.	0	1	2
	Perturba jogos recusando-se cumprir as regras.	0	1	2
	Perturba actividades de grupo produzindo barulho ou "estendo-se".	0	1	2
	Incapaz de se manter no lugar durante o período de actividade, do almoço ou em outras situações de grupo.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

Total do Domínio Conformidade
(Soma dos Itens 8 - 13)

Domínio Merecedor de Confiança

Item 14	DEMONSTRA DESRESPEITO PELOS PERTENCENÇAS DOS OUTROS	N	O	F
	Não devolve itens emprestados.	0	1	2
	Usa propriedades dos outros sem pedir permissão.	0	1	2
	Perde os pertencentes dos outros.	0	1	2
	Danifica propriedades dos outros.	0	1	2
	Não reconhece a diferença entre as suas propriedades e a dos outros.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 15	APODERA-SE DA PROPRIEDADE ALHEIA	N	O	F
	Já foi suspeito de ter roubado.	0	1	2
	Tira objectos dos outros se não estiverem guardados.	0	1	2
	Apodera-se de objectos, bolsos, carteiras, gavetas, etc., de outros.	0	1	2
	Apodera-se de objectos abrindo ou arrombando fechaduras.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 16	MENTE E BURLA	N	O	F
	Distorce a verdade em seu benefício.	0	1	2
	Faz burla em jogos, cartas, etc.	0	1	2
	Mente acerca de situações.	0	1	2
	Mente acerca de si próprio.	0	1	2
	Mente acerca dos outros.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 17	DANIFICA PROPRIEDADES PESSOAIS	N	O	F
	Rasga, estraga ou rói a sua roupa.	0	1	2
	Suja as suas propriedades.	0	1	2
	Rasga as revistas, livros ou os seus haveres pessoais.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 18	DANIFICA PROPRIEDADES PÚBLICAS	N	O	F
	Rasga revistas, livros ou outras propriedades públicas.	0	1	2
	É demasiado rude com a mobília (ex: pontapeia, parte, derruba-a).	0	1	2
	Parte janelas.	0	1	2
	Enche sanitas de papel higiénico ou outros objectos sólidos para provocar o seu entupimento.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

Item 19	DANIFICA PROPRIEDADES DOS OUTROS	N	O	F
	Rasga, estraga ou rói a roupa dos outros.	0	1	2
	Suja as propriedades dos outros.	0	1	2
	Rasga as revistas, livros ou haveres pessoais dos outros.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

Total do Domínio Merecedor de Confiança

(Soma dos itens 14 - 19)

Domínio Comportamento Estereotipado e Hiperactivo

Item 20	COMPORTAMENTOS ESTEREOTIPADOS	N	O	F
	Tamborila com os dedos continuamente.	0	1	2
	Bate com o pé continuamente.	0	1	2
	As mãos apresentam movimentos constantes.	0	1	2
	Bate-se, coça-se ou esfrega-se continuamente.	0	1	2
	Olha fixamente para uma parte do corpo.	0	1	2
	Mexe ou abana partes do corpo repetidamente.	0	1	2
	Move-se ou abana-se para trás e para a frente.	0	1	2
	Apresenta sincinesias.	0	1	2
	Anda de um lado para o outro, sem um objectivo definido.	0	1	2
	Roda o corpo, a cabeça ou sobre si mesmo (movimentos de rotação) repetidamente.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 21	COMPORTAMENTOS INTERPESSOAIS INAPROPRIADOS	N	O	F
	Fala demasiado próximo da cara dos outros.	0	1	2
	Sopra na cara dos outros.	0	1	2
	Ataca para os outros.	0	1	2
	Batiza os outros.	0	1	2
	Lambe os outros.	0	1	2
	Abraga os outros.	0	1	2
	Aperta os outros.	0	1	2
	Toca os outros de modo inapropriado.	0	1	2
	Agrapa-se aos outros com força excessiva.	0	1	2
	Agrapa-se aos outros e não os deixa ir embora.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 22	HÁBITOS VOCAIS OU DE DISCURSO PERTURBADORES	N	O	F
	Dá gargalhadas histéricas.	0	1	2
	Fala alto ou grita aos outros, sem motivo aparente.	0	1	2
	Fala em voz alta consigo próprio.	0	1	2
	Ri de forma inapropriada.	0	1	2
	Faz grunhidos, roncões ou outros barulhos desagradáveis.	0	1	2
	Repete continuamente uma palavra ou uma frase.	0	1	2
	Imita o discurso dos outros.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

Item 23	HÁBITOS ORAIS DESADEQUADOS	N	O	F
	Baba-se.	0	1	2
	Range os dentes de forma audível.	0	1	2
	Cospe no chão.	0	1	2
	Rói as unhas.	0	1	2
	Rói ou chucha dedos ou outras partes do corpo.	0	1	2
	Rói ou chucha roupa ou outros objectos não comestíveis.	0	1	2
	Come objectos não comestíveis.	0	1	2
	Bebe a água da sanita.	0	1	2
	PSO tudo na boca.	0	1	2
	Come compulsivamente.	0	1	2
	Cheira o próprio corpo ou partes do mesmo.	0	1	2
	Cheira os objectos quando os manipula, mantendo-se nesta actividade durante algum tempo.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 24	TENDÊNCIAS DE "HIPERACTIVIDADE"	N	O	F
	Fala incessantemente.	0	1	2
	Incapaz de ficar sentado num lugar muito tempo.	0	1	2
	Corre ou salta constantemente à volta da sala.	0	1	2
	Excessivo e move-se constantemente.	0	1	2
	Anda aos enfiados (não se desviando dos obstáculos).	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Total do Domínio Comportamento Estereotipado e Hiperactivo (Soma dos Itens 20 - 24)				

Domínio Comportamento Sexual

Item 25	DESE OU ARRANCA A SUA PRÓPRIA ROUPA	N	O	F
	Arranca botões ou fechos.	0	1	2
	Tira inapropriadamente os sapatos ou as meias.	0	1	2
	Despe-se em momentos desadequados.	0	1	2
	Tira toda a roupa enquanto está na casa-de-banho.	0	1	2
	Arranca a sua própria roupa.	0	1	2
	Recusa-se a usar sua roupa quando lhe é pedido.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 26	MASTURBA-SE INAPROPRIADAMENTE	N	O	F
	Tenta masturbar-se manifestamente.	0	1	2
	Masturba-se em frente de qualquer pessoa.	0	1	2
	Masturba-se em grupo.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 27	EXPÕE O CORPO INAPROPRIADAMENTE	N	O	F
	Expõe o corpo desnecessariamente depois de usar a casa-de-banho.	0	1	2
	Permanece com as calças para baixo ou gestos em público.	0	1	2
	Expõe o corpo excessivamente durante actividades (e.g., quando joga, dança, está sentado, etc.).	0	1	2
	Despe-se em locais públicos ou em frente a janelas iluminadas.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 28	COMPORTAMENTOS SEXUAIS, DO PONTO DE VISTA SOCIAL, INACEITÁVEIS	N	O	F
	É demasiado sedutor, quer através da aparência quer através de acções.	0	1	2
	Abrapa ou acaricia intensamente em público.	0	1	2
	Necessita de observação no que respeita ao comportamento sexual.	0	1	2
	Levanta ou desabotoa a roupa de outros para tocar intimamente.	0	1	2
	Tem relações sexuais em locais públicos.	0	1	2
	Permite que tirem vantagens sexuais facilmente.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

Total do Domínio Comportamento Sexual

(Soma dos Itens 25 - 28)

Domínio Comportamento Auto-Abusivo

Item 29	HÁBITOS E TENDÊNCIAS EXCÊNTRICAS	N	O	F
	Preocupa-se demais com o local onde se sente ou dorme.	0	1	2
	Mantém-se num local favorito (ex. à janela, porta, etc.).	0	1	2
	Senta-se sobre tudo o que vibre.	0	1	2
	Tem medo de subir ou descer escadas.	0	1	2
	Não quer ser tocado.	0	1	2
	Grita se for tocado.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 30	AUTO-AGRESSÃO	N	O	F
	Morde-se ou corta-se.	0	1	2
	Bate-se ou agride-se.	0	1	2
	Bate com a cabeça ou outras partes do corpo contra objectos.	0	1	2
	Puxa o seu cabelo, beizões, etc.	0	1	2
	Amanha-se ou belisca-se causando ferimentos.	0	1	2
	Suja-se e besunta-se de lama, óleo, etc.	0	1	2
	Provoca propositadamente abuso por parte dos outros.	0	1	2
	Mexe em qualquer coisa que tenha.	0	1	2
	Coloca objectos nas suas orelhas, olhos, nariz ou boca.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2
Item 31	HÁBITOS ESTRANHOS OU INACEITÁVEIS	N	O	F
	Cheira tudo.	0	1	2
	Guarda inapropriadamente tudo nos seus bolsos, roupa ou sapatos.	0	1	2
	Puxa fios das suas roupas.	0	1	2
	Brinca com a roupa que trás vestida (ex: atacadores, botões, etc.).	0	1	2
	Guarda e usa objectos não usuais (ex: alfinetes d'ama, tampas, etc.).	0	1	2
	Guarda/esconde tudo incluindo comida.	0	1	2
	Brinca com a saliva.	0	1	2
	Brinca com as fezes e com a urina.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

Total do Domínio Comportamento Auto-Abusivo

(Soma dos Itens 29 - 31)

Domínio Ajustamento Social

Item 32	INACTIVIDADE	N	O	F
Mantém-se na mesma posição por um longo período de tempo.	0	1	2	
Senta-se e observa os outros, sem fazer mais nada e sem motivo aparente.	0	1	2	
Deixa-se dormir sentado numa cadeira.	0	1	2	
Fica deitado no chão o dia inteiro.	0	1	2	
Parece não reagir a nada.	0	1	2	
Outro (especificar) _____	0	1	2	
Item 33	APATIA	N	O	F
Parece que não tem consciência do envolvimento.	0	1	2	
É difícil de entrar em contacto ou de o alcançar.	0	1	2	
É apático e não corresponde a sentimentos.	0	1	2	
Tem um olhar inexpressivo.	0	1	2	
Tem uma expressão fóbica.	0	1	2	
Outro (especificar) _____	0	1	2	
Item 34	TIMIDEZ	N	O	F
É tímido e envergonhado em situações sociais.	0	1	2	
Esconde a cara em situações de grupo (ex.: festas, convívios, etc.).	0	1	2	
Mede-se "mistura" com os outros.	0	1	2	
Preferir estar sozinho.	0	1	2	
Outro (especificar) _____	0	1	2	
Item 35	POSTURA PARTICULAR OU MANEIRISMOS	N	O	F
Coloca a cabeça pendida.	0	1	2	
Senta-se com os joelhos debaixo do queixo.	0	1	2	
Anda em bicos dos pés.	0	1	2	
Deita-se no chão com os pés nos ar.	0	1	2	
Anda com os dedos nas orelhas ou com as mãos na cabeça.	0	1	2	
Outro (especificar) _____	0	1	2	

Total de Domínio Ajustamento Social

(Soma dos Itens 32 + 35)

Domínio Comportamento Interpessoal Perturbado

Item 36	SUBESTIMA AS SUAS CAPACIDADES	N	O	F
Tem dificuldades em reconhecer as suas limitações.	0	1	2	
Tem uma opinião demasiado elevada de si próprio.	0	1	2	
Fala acerca de planos futuros não realísticos.	0	1	2	
Outro (especificar) _____	0	1	2	
Item 37	REAGE MAL ÀS CRÍTICAS	N	O	F
Não fala quando corrigido.	0	1	2	
Retira-se ou amua quando criticado.	0	1	2	
Fica aborrecido quando criticado.	0	1	2	
Grita e chora quando corrigido.	0	1	2	
Outro (especificar) _____	0	1	2	
Item 38	SOLICITA DEMASIADA ATENÇÃO E ELOGIOS	N	O	F
Exige elogios excessivos.	0	1	2	
É ciumento da atenção dada aos outros.	0	1	2	
Solicita demasiados encorajamentos.	0	1	2	
Age de modo incorrecto para ganhar a atenção dos outros.	0	1	2	
Outro (especificar) _____	0	1	2	
Item 39	SENTIMENTO DE PERSEGUIÇÃO	N	O	F
Queixa-se de injustiça mesmo quando privilégios ou partilhas iguais tenham sido atribuídos.	0	1	2	
Queixa-se que "Ninguém gosta de mim".	0	1	2	
Afirma: "Todas as pessoas hipocondríacas comigo".	0	1	2	
Afirma: "As pessoas falam sobre mim".	0	1	2	
Afirma: "As pessoas estão contra mim".	0	1	2	
É desconfiado dos outros.	0	1	2	
Outro (especificar) _____	0	1	2	
Item 40	TENDÊNCIAS HIPOCONDRIACAS	N	O	F
Queixa-se acerca de indisposições físicas imaginárias.	0	1	2	
Finge estar doente.	0	1	2	
Age como doente depois da doença ter sido debelada.	0	1	2	
Outro (especificar) _____	0	1	2	

Item 41	OUTROS SINAIS DE INSTABILIDADE EMOCIONAL	N	O	F
	Tem alterações de humor sem razões aparentes.	0	1	2
	Queixa-se de pesadelos.	0	1	2
	Chora quando está a dormir.	0	1	2
	Chora sem razão aparente.	0	1	2
	Parece não ter qualquer controlo emocional.	0	1	2
	Vomita quando perturbado.	0	1	2
	Parece inseguro ou com medo nas actividades diárias.	0	1	2
	Fala acerca de pessoas ou objectos que causam medos não reais.	0	1	2
	Fala acerca do suicídio.	0	1	2
	Tem alucinações.	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

Total do Domínio Comportamento Intra-familiar Perturbado
(Soma dos Itens 36 - 41)

Item complementar	Miscção (psicoactiva)	N	O	F
	Tranquilizantes.	0	1	2
	Sedativos.	0	1	2
	Medicamentos anti-convulsivos.	0	1	2
	Estimulantes.	0	1	2
	Tem "ataques", convulsões ou crises (epilapsia, etc).	0	1	2
	Outro (especificar) _____	0	1	2

Escala de Comportamento Adaptativo

Versão portuguesa de

Sofia Santos e Pedro Morato

		Cotação Bruta	Percentil	Valor Médio	Classificação Funcional
Cotações dos domínios da Parte I					
I.	Autonomia				
II.	Desenvolvimento Físico				
III.	Actividade Económica				
IV.	Desenvolvimento da Linguagem				
V.	Números e Tempo				
VI.	Actividade Doméstica				
VII.	Actividade Pré-Profissional				
VIII.	Personalidade				
IX.	Responsabilidade				
X.	Socialização				
Cotações dos domínios da Parte II					
XI.	Comportamento Social				
XII.	Conformidade				
XIII.	Merecedor de Confiança				
XIV.	Comportamento Estereotipado e Ineractivo				
XV.	Comportamento Sexual				
XVI.	Comportamento Auto-abusivo				
XVII.	Ajustamento Social				
XVIII.	Comportamento Interpessoal Perturbado				

Anexo 5
Sessão Tipo

Plano de sessão nº2(semana 2)						
Nome: 14 utentes do Centro de Reabilitação Alcoólica Idades: variável Género: Fem. e Mas. Local: Pavilhão multidesportivo da CSSJD			Técnico: Francisco Nóbrega			
			Sessão nº 2	Data: / /2014	Hora: :	Duração: 60minutos
OBJETIVOS GERAIS: , Fomentar autorregulação; Promover coordenação e proficiência motora, Melhorar as interações sociais, Promover Qualidade de vida e autonomia.			Materiais: 1 rádio /PC;1 bola, 12 fitas de velcro, 6 coletes.			
Estado emocional:						
ATIVIDADES						
Hora	Exercícios	Descrição / Estratégias	Objetivos Específicos	Esquema	Material	Critérios de Êxito Os clientes devem ser capazes de:
:	Instrução Inicial	Dispostos em semicírculo, o técnico cumprimenta o grupo, fazendo uma pequena apresentação, e uma retrospectiva da sessão anterior, bem como aspetos referentes à mesma. Também é pedido aos utentes que quiserem partilhar como correu o seu fim-de-semana.	-Captar a atenção dos clientes; -Promover a interação; -Fomentar a capacidade de recordar (memória).		-	-Reconhecer o início da sessão; -Interagir com os técnicos e restantes elementos; -Recordar aspetos da sessão anterior.
10’						
—:— 30’	2º Exercício “ futebol adaptado”	Os utentes são divididos em dois grupos que iram formar as duas equipas, dentro dessas equipas serão formado pares que posteriormente serão unidos por uma perna e por um pulso com fitas de velcro. Em tudo o resto as regras do jogo são em tudo idênticas a de um jogo não adaptado. Os guarda-redes são os únicos elementos que não ficam unidos e isto só acontece se existirem em sessão 14 elementos, se 13 um dos elementos ficará como arbitro, e posteriormente trocará com alguém que está em jogo, assim como o guarda-redes	-Fomentar o respeito pelas regras; -Promover o equilíbrio dinâmico; -Melhorar o desempenho motor e estratégias de jogos.		- 1 bola -12 fitas de velcro - 6 Coletes	- Movimentar-se no espaço; - Desempenhar a função que lhe foi designada ou escolhida, jogador, guarda-redes, árbitro; -Cooperar com os outros elementos; - Cada equipa deverá marcar pelo

						menos um golo.
—:—	3º Exercício “Relaxamento” 15’	<p>Clientes dispersos sentados deveram fechar os olhos e sentir a respiração, de seguida será dada instrução para efetuarem contrações com as diferentes partes do corpo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Braços • Pernas • Tronco • Cabeça 	<p>-Propiciar a descontração muscular bem como o alívio de tensões; -Promover o retorno à calma.</p>		-Rádio/PC	<p>-Descontrair os músculos do corpo; -Fechar os olhos; - Retornar a calma</p>
5’						
—:—	Instrução final 5’	<p>Dispostos em semicírculo, o técnico interage com o grupo realizando uma retrospectiva da sessão fazendo algumas apreciações acerca de como esta decorreu. É ainda pedido aos clientes uma apreciação da mesma, bem como sugestões futuras de atividades. A sessão termina com o habitual ritual de despedida</p>	<p>-Obter os feedbacks relativos à sessão; -Conhecer os interesses dos clientes; - Dar término à mesma.</p>		---	<p>-Reconhecer pelos feedbacks dos técnicos de que forma correu a sessão; -Manter o diálogo com os técnicos, respondendo ao solicitado; -Manifestar a opinião acerca das atividades; -Apresentar sugestões futuras de atividade; -Identificar o fim da mesma.</p>